Togo

Enquête Démographique et de Santé au Togo 1988



Unité de Recherche Démographique
Direction de la Statistique
Direction Générale de la Santé



Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

REPUBLIQUE DU TOGO

Enquête Démographique et de Santé au Togo 1988

Akoua Agounké
Mensan Assogba
Kodjo Anipah

Unité de Recherche Démographique
Direction de la Statistique
Direction Générale de la Santé
Lomé, Togo

et

Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.
Columbia, Maryland USA

Décembre 1989

Ce document présente les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Togo, entreprise par l'Unité de Recherche Démographique, (Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique), la Direction de la Statistique (Ministère du Plan et des Mines) et la Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine) en 1988. Cette enquête fait partie du projet mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé, qui a pour but la collecte des données sur la fécondité, la planification familiale et la santé maternelle et infantile. Pour avoir plus de renseignements sur cette enquête, s'adresser à l'Unité de Recherche Démographique, BP 12971, Lomé, Togo.

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo, a été exécutée avec l'assistance de l'Institute for Resource Development (IRD) une division de Macro Systems, située à Columbia, Maryland. L'Enquête était financée par un contrat avec l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (Contrat N.DPE 3023-C-00-4083-00). Pour avoir plus de renseignements sur le projet EDS, s'adresser par écrit à: DHS, IRD/Macro Systems, 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, Maryland, 21045, USA, Télex (87775).

TABLE DES MATIERES

Page

Page

Page

LISTE DES TABLEAUX

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

LISTE DES GRAPHIQUES

REMERCIEMENTS

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) a été, encore une fois, l'occasion d'une collaboration entre divers départements techniques de différents ministères. Sa réussite n'aurait pas été possible sans un esprit de sacrifice, de patriotisme et d'abnégation d'un grand nombre de personnes impliquées directement ou non dans l'opération et aux efforts des diverses institutions du Togo.

Nos remerciements vont au Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique, au Ministère du Plan et des Mines et au Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine pour nous avoir offert toutes les facilités tant administratives que logistiques pour la réalisation de l'EDST.

Nous remercions le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité pour nous avoir accordé l'autorisation de sillonner le territoire national pour faire les interviews.

Nos remerciements s'adressent:

- à l'Institute for Resource Development (IRD), programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), pour l'aide technique apportée dans toutes les phases de l'enquête depuis la conception jusqu'au rapport final tout en respectant la compétence technique nationale;

- à l'Agence pour le Développement International des Etats-Unis d'Amérique pour son aide financière;

- au Fonds des Nations-Unies pour la protection de l'Enfance (UNICEF) pour son aide matérielle;

- aux autorités administratives, traditionnelles et politiques qui nous ont accueillis et facilité la collecte au niveau des préfectures des cinq régions économiques de notre pays;

- aux femmes, combien occupées d'habitude par la lutte quotidienne pour la survie qu'elles savent si bien mener, mais qui ont accepté de nous consacrer le temps nécessaire pour les interviews;

- à tous les enquêtés (quels que soient leur sexe et leur âge), pour avoir facilité la réalisation de l'enquête, puisque sans eux, elle n'aurait pu avoir lieu;

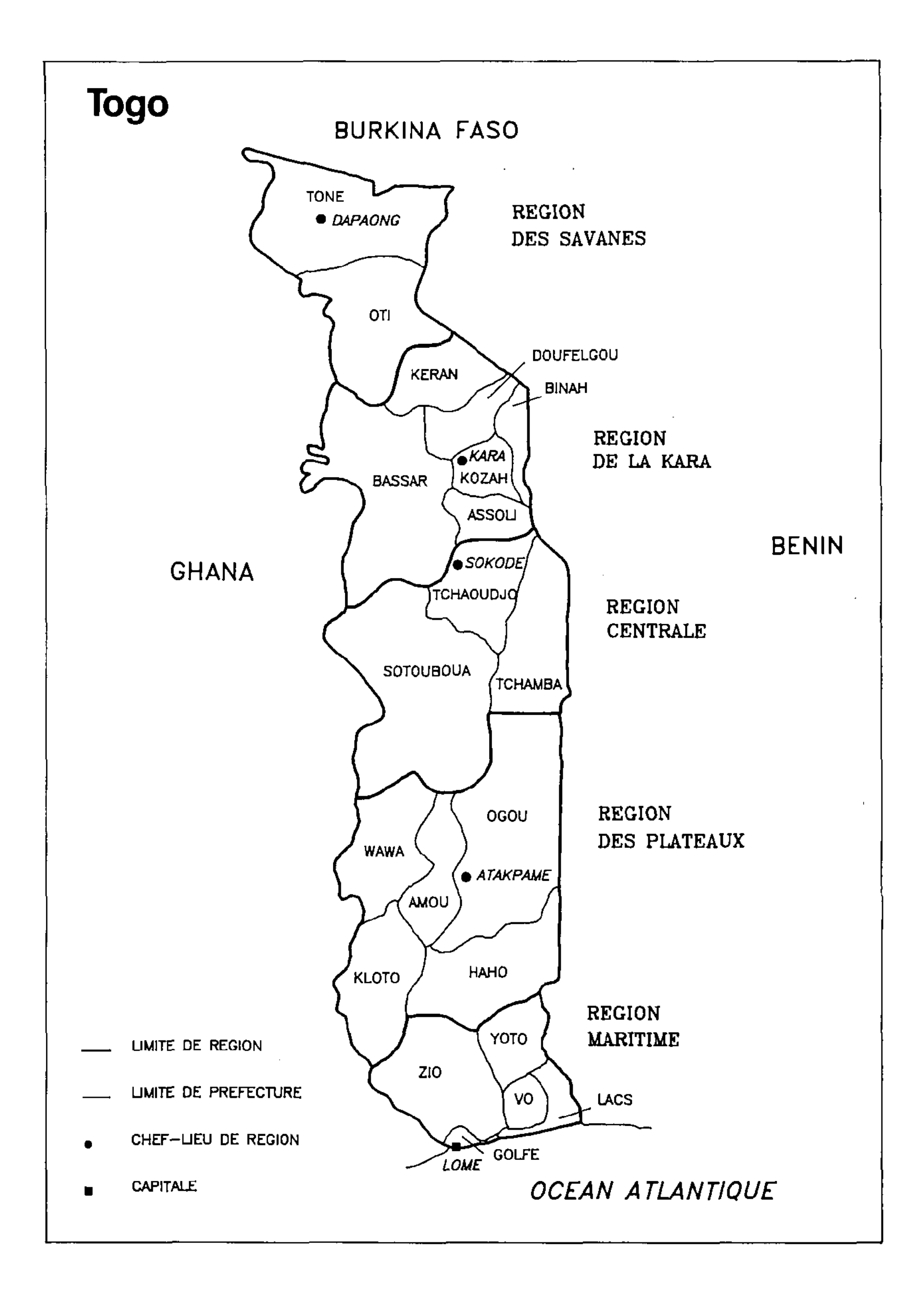
- aux agents de dénombrement, pour avoir travaillé avec efficacité à la réalisation du sondage;

- au personnel de la Division de la Mère et de l'Enfant pour son aide technique lors de la formation des enquêtrices pour les mesures anthropométriques;

- aux contrôleurs et aux enquêtrices, pour le sérieux avec lequel ils ont affronté les difficultés du terain.

Enfin, nous tenons à remercier particulièrement Monsieur Mohamed Ayad, Coordonnateur régional, et Mademoiselle Cindi Stanton, Country Monitor du programme EDS, pour leur dynamisme et leur sens des bonnes relations humaines, qualités qui ont été indispensables pour mener à bien l'opération.

L'Equipe Technique de l'EDST


Togo
BURKINA FASO
TONE
DAPAONG
REGION
DES SAVANES
OTI
KERAN
DOUFELGOU
BINAH
REGION
DE LA KARA
KARA
KOZAH
BASSAR
ASSOLI
BENIN
GHANA
SOKODE
TCHAOUDJO
REGION
CENTRALE
SOTOUBOUA
TCHAMBA
OGOU
REGION
DES PLATEAUX
WAWA
ATAKPAME
AMOU
KLOTO
HAHO
REGION
MARITIME
YOTO
LIMITE DE REGION
LIMITE DE PREFECTURE
CHEF-LIEU DE REGION
CAPITALE
ZIO
VO
LACS
GOLFE
LOME
OCEAN ATLANTIQUE

CHAPITRE I

CADRE DE L'ENQUÊTE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1.1 PRESENTATION DU PAYS

Histoire

Protectorat allemand depuis 1884, le Togo fut occupé par les alliés pendant la première guerre mondiale. Au lendemain du traité de Versailles, le Togo fut partagé en deux territoires placés sous mandat de la Société des Nations (SDN) puis de l'Organisation des Nations Unies (ONU), et confiés à la Grande Bretagne et à la France. En 1956, le Togo britannique (33.800 km^2) fut rattaché à la Gold Coast qui devient l'État indépendant du Ghana. Le reste du territoire accède à l'indépendance en 1960 et forme la République Togolaise.

Géographie

Le Togo est une étroite bande dont la largeur varie entre 50 et 150 km entre la République Populaire du Bénin à l'Est et la République du Ghana à l'Ouest; il s'étire sur une longueur d'environ 600 km entre l'Océan Atlantique au Sud et le Burkina Faso au Nord. Le pays est situé entre les 6è et 11è degrés de latitude Nord et entre les degrés 0 et 1,6 de longitude Est et couvre une superficie de 56.600 km^2.

Deux grandes zones de relief subdivisent le Togo: l'une de montagnes et l'autre de plaines. La zone de montagnes prend le pays en écharpe, elle est orientée NNE-SSW et rattache l'Akwapin du Sud Ghana à l'Atakora du Nord Bénin. Les plaines sont constituées par les bassins hydrographiques de l'Oti au Nord et du Mono au Sud.

Deux climats prévalent au Togo: le climat subéquatorial et le climat tropical humide. Le climat subéquatorial règne sur la moitié Sud du pays et est caractérisé par deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août) et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre). La moitié Nord du pays est couverte par le climat tropical humide, qui comporte une seule saison de pluie (de mai à octobre) et une saison sèche de (novembre à avril).

Du point de vue organisation administrative, le Togo est divisé en cinq grandes régions économiques:

la Région Maritime,
la Région des Plateaux,
la Région Centrale,
la Région de la Kara et
la Région des Savanes.

Chaque région économique est subdivisée en préfectures. Le pays compte 21 préfectures dont les chefs-lieux sont considérés comme des centres urbains; les autres localités forment la zone rurale même si certaines, de par leur population et leurs activités économiques, sont plus importantes que certains chefs-lieux de préfecture.

Conditions économiques

Le Togo est un pays essentiellement agricole: selon le dernier recensement de 1981, 68 pour cent de la population active travaille dans le secteur primaire. La grande majorité des cultivateurs font des cultures vivrières (céréales, tubercules, légumineuses) et seulement 9 pour cent des agriculteurs s'adonnent exclusivement aux cultures commerciales telles que le cacao, le café ou le coton. La contribution de l'agriculture dans le Produit Interieur Brut (PIB) n'est que 33,9 pour cent en 1987.[1] Le pays reste dépendant de ses voisins, le Burkina et le Niger, pour l'élevage, le Bénin et le Ghana, pour la pêche.

Le secteur industriel, bien que n'utilisant que 10 pour cent de la population active, est la principale source de dévise pour le Togo. L'Office Togolais des Phosphates est de loin la première entreprise industrielle et ses recettes d'exploitation représentaient 46,6 pour cent des recettes globales en 1985.

Le secteur tertiaire, dont le commerce en est la composante la plus importante, occupe une place non négligeable dans l'économie du Togo: 22 pour cent de la population active travaille dans le secteur tertiaire et sa contribution au PIB est de 23,2 pour cent en 1987.[2]

Le tourisme a connu récemment un développement rapide du fait de l'existence d'une large gamme de sites intéressants, et grâce à la mise en place d'une importante infrastructure hôtelière.

Population

Avant l'Enquête Démographique et de Santé au Togo, les principales sources des données démographiques sur le pays sont les trois recensements généraux de la population (1958-60, 1970 et 1981) et les enquêtes démographiques de 1961 et 1971.

La population togolaise est passée de 1.950.646 habitants en avril 1970 à 2.719.567 habitants en novembre 1981, et est estimée à 3.287.000 habitants en juillet 1988, ce qui correspond à un taux d'accroissement annuel moyen de 2,9 pour cent. La densité du pays est passée de 48 à 58 habitants au kilomètre carré entre 1981 et 1988, mais la population togolaise est inégalement répartie. La Région Maritime avec seulement 11 pour cent de la superficie du pays regroupe près de 40 pour cent de la population en 1988, soit une densité de 203 habitants au kilomètre carré, alors que la Région Centrale qui représente 23 pour cent de l'étendue du pays n'abrite que 11 pour cent de la population, avec une densité de 27 habitants au kilomètre carré: la forte densité de la Région Maritime s'explique en partie par l'importance de la population de la capitale, estimée à 560.000 habitants en 1988.

La population urbaine (la population des 21 chefs-lieux de préfecture) croît beaucoup plus vite que la population rurale; en effet le taux d'accroissement annuel moyen de la population urbaine observé dans la décennie 1970 a été de 4,4 pour cent, contre 2,4 pour cent pour la population rurale. La commune de Lomé draîne plus de la moitié de la population urbaine. La population de la capitale est passée de 189.000 habitants en 1970 à 375.000 en 1981 et est estimée à 560.000 en 1988, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 6,1 pour cent. L'ampleur de la croissance urbaine se traduit par des taux d'urbanisation en augmentation, processus accéléré par l'exode rural: la population urbaine, par rapport à l'ensemble de la population, est passée de 10 pour cent en 1960 à 21 pour cent en 1970 et à 25 pour cent en 1981.

Les taux de natalité et de fécondité sont assez élevés au Togo. Au recensement de 1981, le taux de natalité s'élevait à 44,6 pour mille et le taux global de fécondité générale à 194 pour mille. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 6,0 enfants par femme en 1981; cet indice varie d'une région à l'autre et selon les milieux de résidence. Dans les centres urbains, il est de 4,9 alors que dans les zones rurales, il s'élève à 6,3.

Les décès ont été particulièrement sous-dénombrés au cours du recensement de 1981, et le taux brut de mortalité a été estimé à partir du taux d'accroissement et du taux de natalité, les migrations étant considérées comme négligeables. Pour l'ensemble du pays, il est de 15,6 pour mille.

La descendance finale et les taux de fécondité sont restés quasiment stationnaires alors que la mortalité, bien qu'encore élevée, baisse régulièrement, ce qui a fait augmenter le taux d'accroissement de la population, passant de 1,6 pour cent en 1960 à 2,9 pour cent entre 1970 et 1981.

Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de novembre 1981, le taux de scolarisation (6-14 ans) est de 62,5 pour cent pour l'ensemble des deux sexes, contre 52,2 pour cent en 1970. La scolarisation est plus élevée chez les garçons (70,4 %) que chez les filles (53,5 %). Dans les centres urbains, ce taux est de 81,2 pour cent alors que dans les zones rurales il se situe à 56,5 pour cent, avec un écart plus grand entre garçons et filles. La proportion des analphabètes parmi les personnes âgées de 12 ans et plus est 63,8 pour cent pour l'ensemble du pays.

Malgré sa faible étendue, le Togo compte une quarantaine d'ethnies qu'on peut regrouper en 5 grands groupes. Le groupe Adja-Ewé représente 44 pour cent de la population, les Kabye-Tem 26,7 pour cent, les Para-Gourma 16,1 pour cent, les Akposso-Akébou 4,0 pour cent et les Ana-Ifé 3,3 pour cent. Les groupes minoritaires, les autres africains et non-africains représentent respectivement 3,4, 2,2 et 0,3 pour cent de la population résidente.

Toujours selon le recensement de 1981, la population togolaise, en dépit de sa diversité ethnique, se répartit en trois grandes confessions religieuses: l'Animisme, le Christianisme et l'Islam. La grande majorité de la population (58,8 %) pratique la religion traditionnelle, caractérisée par le culte des ancêtres. Les chrétiens (Catholiques et Protestants) représentent 28,3 pour cent; ils sont plus nombreux dans les centres urbains et dans la partie occidentale de la Région des Plateaux. Les Musulmans regroupent 12,1 pour cent de la population et se rencontrent essentiellement dans le Nord du Pays. Les adeptes des "autres religions" et les sans religions représentent 0,8 pour cent.

TABLEAU 1.1 PRINCIPAUX INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES SELON LE RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT 1981

Population totale*	3.287.000
Population urbaine*	950.000
Population rurale*	2.337.000
Taux brut de natalité	44,6 ‰
Taux brut de mortalité	15,6 ‰
Taux d'accroissement	2,9 %
Taux global de fécondité	194 ‰
Indice synthétique de fécondité	6,0 enfants par femme
Espérance de vie à la naissance:	
Homme	49 ans
Femme	51 ans
Taux de scolarisation (6-14 nas)	62,5 %

*Estimation au 1er juillet 1988
Source: Direction de la Statistique. 1989. *Analyse du recensement général de la population et de l'habitat de novembre 1981*. Ministère du Plan et de l'Industrie. Lomé, Togo.

Politique en matière de population

Le Togo n'a pas encore défini officiellement une politique en matière de population. Cependant, le gouvernement encourage la diffusion des informations dans le domaine du bien-être familial à travers les activités:

- du Programme National de Bien-Etre Familial (PNBEF), intégré au Ministère de la Santé Publique et qui s'occupe de santé maternelle et infantile, et de planification familiale;

- de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF), fondée en 1976, qui tente de promouvoir la santé familiale et l'espacement des naissances. Cette association possède un réseau de volontaires au niveau des différentes régions économiques et une clinique pilote à Lomé. Ses activités consistent à informer et à éduquer le public en vue de l'espacement des naissances pour assurer à la mère et à l'enfant une meilleure santé. L'ATBEF distribue des contraceptifs au niveau des chefs lieux de subdivisions sanitaires et dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) afin de lutter contre les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Situation sanitaire

Pour assurer une couverture sanitaire aussi large que possible, les soins de santé primaire ont été organisés de telle sorte que les communautés puissent résoudre leurs problèmes de santé plus facilement. D'importants programmes de prévention ont été mis en oeuvre en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, (en particulier, campagne de vaccination contre les six maladies les plus meurtrières de l'enfance: la tuberculose, la coqueluche, la rougeole, le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie), la lutte contre les maladies transmissibles, les grandes endemies et la fièvre jaune. Par ailleurs, l'éducation sanitaire est encouragée afin de permettre la sensibilisation, l'encadrement et l'organisation de la population en vue d'améliorer sa propre santé. Pour soutenir toutes ces actions le budget de la Santé Publique représente chaque année environ 4 à 5 pour cent du budget général.[3]

La couverture sanitaire a été considérablement améliorée ces dernières années; en 1987, le pays disposait de 2 CHU (Centre Hospitalier Universitaire), 4 CHR (Centre Hospitalier Régional), 17 centres de santé primaire, 16 hôpitaux de préfecture, 2 hôpitaux privés et de dispensaires et postes de PMI. Au niveau national, il y avait en 1987 un médecin et un lit d'hôpital pour, respectivement, 14.600 et 727 habitants. Cependant, il subsiste encore de grandes disparités au niveau régional et surtout préfectoral. La Région Maritime est la plus équipée: elle comptait en 1987 un médecin pour 7.500 personnes (un médecin pour 3.500 habitants à Lomé et dans son agglomération), alors qu'à la même époque, il y avait seulement dans la Région des Savanes un médecin pour 65.000 habitants. Dans les trois autres régions (Plateaux, Centrale et Kara) la densité médicale se situe autour d'un médecin pour 35.000 habitants. Cette disparité est également mise en évidence par le nombre d'habitants par lit d'hôpital qui varie du simple au triple entre la Région Maritime et la Région des Savanes.

1.2 ORGANISATION DE L'ENQUETE

Cadre institutionnel

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) fait partie du projet international de "Demographic and Health Surveys" (DHS), initié par l'Institute for Resource Development (IRD) qui a fourni l'assistance technique de l'enquête avec des fonds de l'Agence Américaine pour le Dévéloppement International (USAID).[4] L'accord de réalisation de l'enquête a été signé entre l'IRD et l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université du Bénin (Ministère de l'Education Nationale et de Recherche Scientifique).

TABLEAU 1.2 DENSITE MEDICALE

Région	1 médecin pour	1 lit d'hôpital
Maritime	7.432 habitants	556 habitants
Plateaux	31.888 habitants	779 habitants
Centrale	32.015 habitants	973 habitants
Kara	35.875 habitants	802 habitants
Savanes	64.567 habitants	1.490 habitants
Ensemble du pays	14.618 habitants	727 habitants

Source: Service National de la Statistique Sanitaire. 1988. *Statistiques sanitaire: 1987.* Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Lomé, Togo.

Au niveau national, plusieurs institutions ont participé à l'EDST: l'Unité de Recherche Démographique (Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique), la Direction de la Statistique (Ministère du Plan et des Mines) et la Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine) ont été les principaux responsables de l'enquête.

Objectifs

L'EDST a pour objectifs principaux d'étudier:

- les niveaux, les tendances et les déterminants de la fécondité, en particulier la nuptialité, l'allaitement et la contraception;
- les niveaux de la mortalité infantile au plan national et selon différentes variables démographiques et socio-économiques;
- les différents aspects de la santé des enfants, dont l'étude de la prévalence et du traitement de certaines maladies de l'enfance (diarrhée, fièvre, respiration difficile) et l'état nutritionnel des enfants âgés de 3 à 36 mois par le biais des mesures du poids et de la taille.

A long terme, l'EDST doit permettre d'assurer une meilleure planification et gestion des programmes de santé et de planning familial et d'institutionnaliser les études démographiques et de santé afin de mesurer l'évolution de la population.

Echantillonnage

La taille prévue au départ pour l'échantillon était de 4000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Pour atteindre cette taille, 3998 ménages (1335 ménages urbains et 2643 ménages ruraux) ont été sélectionnés avec l'hypothèse qu'il y aurait, en moyenne, 1,1 femme éligible par ménage et une déperdition d'environ 10 pour cent.

L'échantillon de l'EDST est représentatif au niveau national, auto-pondéré et stratifié en milieu urbain (Lomé et autres villes) et rural. La méthodologie a consisté à tirer:

- au premier degré, des zones de dénombrement (ZD) issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1981: au total 153 ZD ont été tirées (66 en zone urbaine et 87 en zone rurale);

- au second degré, des ménages au sein de ces ZD.

Sur les 3998 ménages, seulement 3506 ont été retrouvés, 3409 femmes éligibles identifiées et 3360 interviews réalisées avec succès, ce qui représente un taux de réponse de 98,6 pour cent.

Les détails sur l'échantillon, les taux de réponse et les erreurs de sondage sont présentés respectivement dans les Annexes A et B.

Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés dans l'EDST: le questionnaire communautaire, le questionnaire collectif et le questionnaire individuel.

Le questionnaire communautaire fait le point sur la disponibilité des services publics et des infrastructures sanitaires et sur la possibilité d'accès pour la population. Il rassemble les informations concernant la localité d'enquête. Au total 106 questionnaires communautaires (19 au niveau des centres urbains et 87 au niveau des villages ou hameaux) ont été remplis.

Le questionnaire collectif, qui s'adresse au chef de ménage, permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, le sexe, l'âge et la situation de résidence. Le but du questionnaire collectif est de fournir les dénominateurs pour le calcul de certains taux comme le taux de natalité, et de permettre l'identification de toutes les femmes éligibles pour l'enquête individuellle.

Le questionnaire individuel s'adresse aux femmes éligibles dans les ménages sélectionnés. Il s'agit des femmes âgées de 15 à 49 ans, résidentes présentes ou visiteuses (c'est-à-dire qui ont passé la nuit précédant l'interview ou qui se trouvent dans la localité lors du passage de l'enquêtrice).

Le questionnaire individuel comprend huit sections:

1. les caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée;

2. la fécondité;

3. la connaissance et l'utilisation de la contraception;

4. la santé et l'allaitement au sein;

5. la nuptialité;

6. les préférences en matière de fécondité;

7. les caractéristiques du conjoint et les activités économiques de la femme;

8. les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants de moins de 3 ans.

Le questionnaire individuel a été traduit dans les quatre principales langues du pays (éwé, kabyè, kotocoli et moba) et dans trois autres langues minoritaires (ana, losso et bassar).

La version française des questionnaires collectif et individuel est présentée dans l'Annexe C.

Formation des enquêtrices et collecte des données

Une pré-enquête a été effectuée dans une zone urbaine et dans une zone rurale pour tester le questionnaire collectif et le questionnaire individuel. Après la formation d'une vingtaine d'agents pendant trois semaines, du 21 octobre au 2 novembre 1987, 12 ont été retenus (10 du sexe feminin et 2 du sexe masculin). Les agents ont été répartis en 2 équipes de 6 personnes et la collecte a duré deux semaines (du 7 au 19 novembre 1987).

La formation pour l'enquête principale a duré six semaines (du 9 mai au 17 juin 1988) et a réuni une cinquantaine de candidates pour le rôle d'enquêtrice et 5 candidats pressentis pour le rôle de chef d'équipe. Ces derniers avaient participé soit à la pré-enquête soit aux opérations de mise à jour de la base de sondage. La formation s'est déroulée en deux phases: la première en français et la seconde en langues locales. La première phase a duré deux semaines et a porté sur la compréhension du questionnaire; elle a été sanctionnée par un test de présélection à l'issue duquel les meilleurs candidats ont été autorisés à poursuivre la formation. L'exposé de chaque section était toujours suivi de simulations de cas pratiques où les agents jouaient tour à tour les rôles d'enquêtrices et d'enquêtées.

Pour s'assurer que toutes les enquêtrices posent de la même façon chaque question, une importance particulière a été accordée aux simulations en langues locales qui ont duré trois semaines. Parallèlement, une dizaine d'enquêtrices pressenties pour jouer le rôle de contrôleuse et les cinq chefs d'équipe étaient formés pour la prise des mesures anthropométriques. Ils étaient encadrés par le superviseur de l'IRD et par trois sages-femmes formées à cet effet. La dernière semaine a été consacrée à deux séances pratiques sur le terrain à Lomé. Une sélection a permis de retenir 17 enquêtrices, 8 contrôleuses et 5 chefs d'équipe. La collecte principale s'est déroulée du 22 juin au 31 octobre 1988.

Contrairement à la prévision initiale, cinq équipes au lieu de quatre ont été constituées durant les deux premiers mois de la collecte: une équipe était basée dans la Région des Savanes, deux dans les Régions de la Kara et Centrale et deux autres équipes couvraient la Région des Plateaux. Ces dispositions ont été jugées nécessaires afin d'effectuer dans un délai raisonnable les zones difficiles d'accès avant la grande saison des pluies et les zones où les langues minoritaires sont parlées. Pendant les trois premières semaines, les responsables techniques étaient sur le terrain en permanence pour rectifier les erreurs éventuelles. La Région Maritime et la ville de Lomé ont été enquêtées en dernière position par une équipe renforcée, composée d'enquêtrices de différentes équipes parlant l'éwé, la langue principale de Lomé.

Exploitation des données

Trois semaines après le début de la collecte, 6 enquêtrices désignées à l'avance ont suivi pendant une semaine la formation d'opératrice de saisie. La saisie a commencé le 24 juillet, s'est poursuivie simultanément avec la collecte des données et a pris fin le 7 novembre 1988. Le nettoyage des fichiers a eu lieu parallèlement à la saisie et l'élaboration des programmes de tabulation s'est faite en janvier 1989. L'ensemble de ces opérations ont été menées sur quatre micro ordinateurs, avec le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) développé par l'IRD pour le besoin de DHS.

Après apurement des données, les dates des événements ont été imputées, pour les cas où ces informations n'avaient pas été enregistrées dans le questionnaire (date de naissance de la femme, date du premier mariage de la femme, date de naissance des enfants et âge au décès des enfants décédés). Les proportions de réponses imputées se présentent comme suit:

- Date de naissance de la femme (imputée à partir de l'année de naissance et/ou de l'âge actuel)

Mois et année imputés	0,0 %
Mois imputé	73,1 %

- Date du premier mariage de la femme

Mois et année imputés	0,9 %
Mois imputé	80,4 %

- Date de naissance des enfants (imputée à partir de l'année de naissance et/ou de l'âge actuel)

Mois et année imputés	1,1 %
Mois imputé	50,0 %

- Age au décès des enfants décédés 0,3 %

1.3 CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON

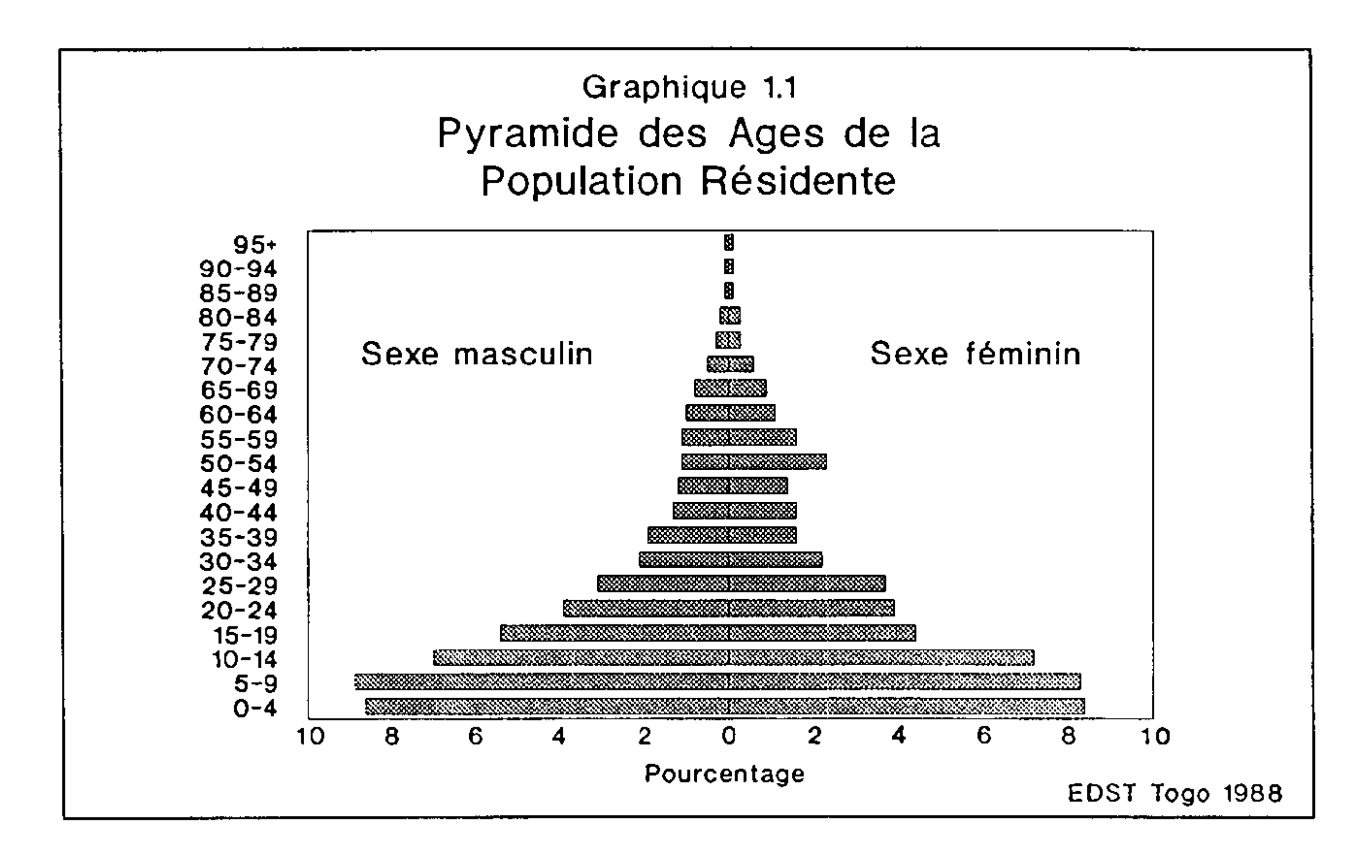
Structure par âge: enquête-ménage

L'EDST a recensé au niveau des ménages une population résidente de 18.167 habitants dont 8.867 hommes et 9.300 femmes, ce qui correspond à un rapport de masculinité de 95 pour cent (Tableau 1.3). Cette répartition par sexe est identique à celle du recensement de 1981.

TABLEAU 1.3 REPARTITION (EN %) DE LA POPULATION RESIDENTE SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'AGE, EDST, 1988

Age	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	8,6	8,4	17,0
5-9	8,9	8,3	17,1
10-14	7,0	7,2	14,1
15-19	5,4	4,4	9,9
20-24	3,9	3,9	7,8
25-29	3,1	3,7	6,7
30-34	2,1	2,8	4,9
35-39	1,9	2,2	4,1
40-44	1,3	1,6	3,0
45-49	1,2	1,4	2,6
50-54	1,1	2,3	3,4
55-59	1,1	1,6	2,7
60-64	1,0	1,1	2,0
65-69	0,8	0,9	1,7
70-74	0,5	0,6	1,0
75-79	0,3	0,3	0,6
80-84	0,2	0,3	0,5
85-89	0,1	0,1	0,2
90-94	0,1	0,1	0,2
95+	0,1	0,1	0,2
Non-déclaré	0,1	0,1	0,2
TOTAL	48,8	51,2	100,0

L'examen de la pyramide des âges (graphique 1.1) montre une décroissance régulière des proportions de la population au niveau des deux sexes, excepté pour les femmes de 15-19 ans et surtout de 40-49 ans où apparaît un léger déficit et celles de 10-14 ans et surtout de 50-59 ans, légèrement excédentaires. Ces déformations seraient dues à un rajeunissement (des 15-19 ans en faveur des 10-14 ans) et à un vieillissement (des 40-49 ans en faveur des 50-59 ans) artificiels des âges par les enquêtrices, dans le but de réduire le nombre des femmes à interviewer.



L'EDST a identifié 3409 femmes éligibles dans l'échantillon des ménages et 3360 interviews ont été réalisées avec succès.

Structure par âge: enquête individuelle des femmes

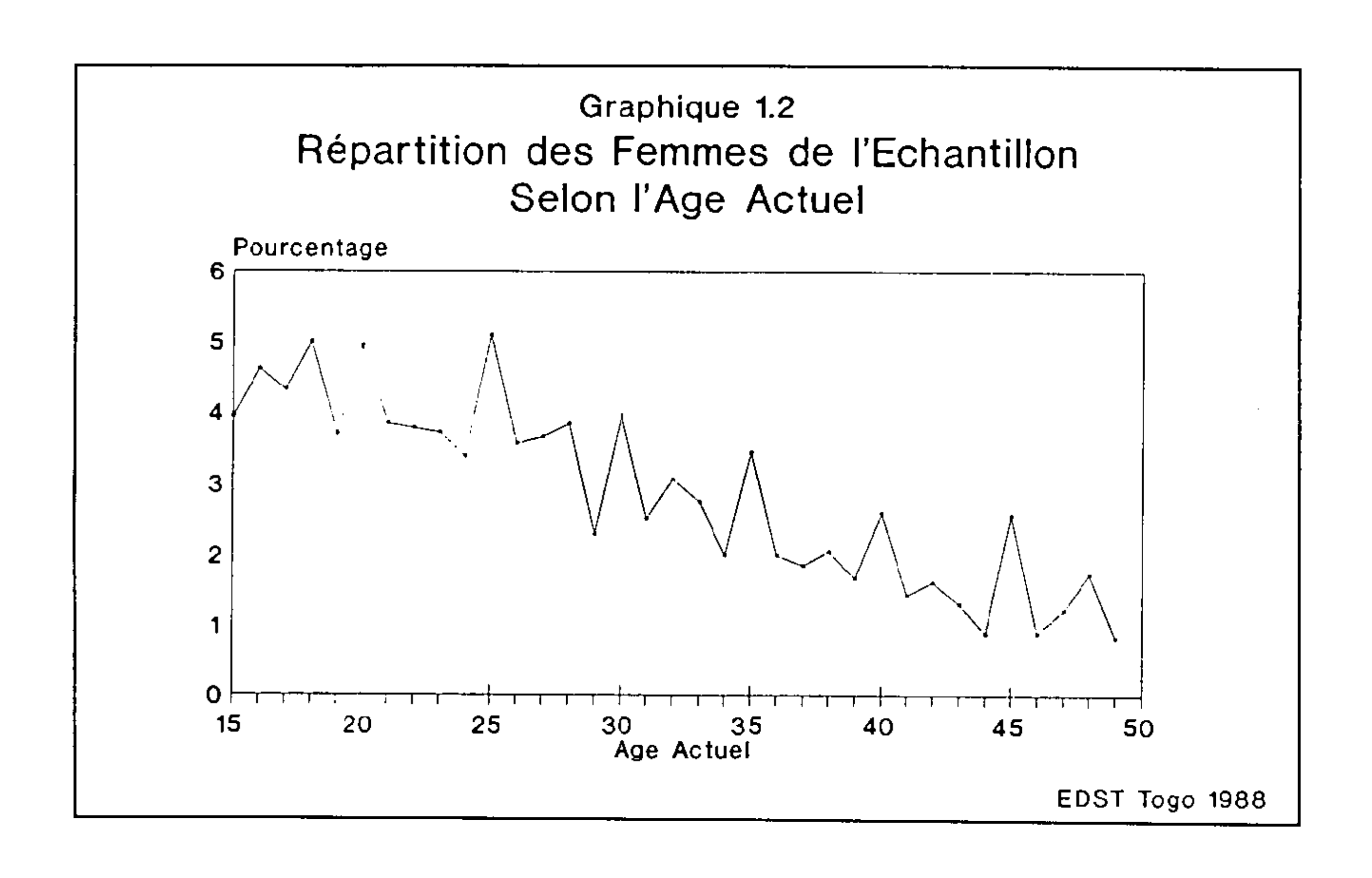
L'examen du tableau 1.4, donnant la répartition en pourcentages, des femmes enquêtées selon les groupes d'âges quinquennaux, indique une décroissance régulière de la proportion des femmes avec l'âge où les déformations notées précédemment sont largement estompées. L'allure générale de cette répartition est pratiquement identique à celle du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de novembre 1981. Néanmoins, la distribution par âge issue de l'EDST semble plus régulière: au niveau du groupe d'âges 25-29 ans les pourcentages observés sont de 18,5 pour l'EDST contre 19,6 pour le recensement alors que pour le groupe d'âges 20-24 ces proportions s'élèvent à 19,7 à l'EDST et 19,1 au recensement.

La structure par âge détaillé présente certaines irrégularités comme l'indique le graphique 1.2. On observe des pointes aux âges se terminant par 0,5 et 8. L'attirance des âges se terminant par 0 et 5 est due à la tendance à déclarer un âge rond pour les personnes qui n'ont pas une idée exacte de leur âge. L'attirance des âges se terminant par 8 est due au fait que les personnes qui connaissent approximativement leur date de naissance ont tendance à déclarer une année de naissance se terminant par 0.[5]

TABLEAU 1.4 REPARTITION DES FEMMES DE 15-49 ANS DE L'ENQUETE INDIVIDUELLE (EDST,1988) ET DU RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT (1981) SELON L'AGE

Age	EDST 1988 Effectif	EDST 1988 Pourcentage	Recensement 1981*
15-19	724	21,5	21,3
20-24	661	19,7	19,1
25-29	620	18,5	19,6
30-34	479	14,3	13,6
35-39	370	11,0	11,4
40-44	263	7,8	8,0
45-49	243	7,2	7,0
TOTAL	3360	100,0	100,0

*Source: Direction de la Statistique. 1989. *Analyse du recensement général de la population et de l'Habitat de novembre 1981.* Ministère du Plan et de l'Industrie. Lomé, Togo.



Milieu de résidence et région

Dans le cadre de l'EDST, tous les chefs-lieux de préfecture ont fait partie de la strate urbaine, exceptés deux, Amlamé et Tabligbo qui n'ont pas été tirés dans l'échantillon en raison de leur très faible taille. Selon les résultats du tableau 1.5, parmi les femmes interviewées, 35,2 pour cent résident en milieu urbain

et 64,8 en milieu rural. Près des deux tiers des femmes citadines habitent Lomé. La proportion de femmes urbaines est beaucoup plus importante qu'au recensement de 1981. Cette augmentation trouve son explication dans le fait que les zones périphériques de la capitale et des trois grandes villes du pays (Sokodé, Kara et Atakpamé), qui étaient traitées en 1981 comme des zones rurales, ont été intégrées en 1988 dans les agglomérations urbaines. De plus, la population urbaine croît presque deux fois plus vite que la population rurale (4,4 % contre 2,4 %).

TABLEAU 1.5 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ENQUETEES SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectif
MILIEU		
Urbain	35,2	1182
Lomé	22,3	750
Autre Ville	12,9	432
Rural	64,8	2178
REGION		
Maritime	44,7	1501
Des Plateaux	22,8	767
Centrale	9,1	306
De la Kara	12,2	409
Des Savanes	11,2	377
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Aucune instruction	58,2	1956
Primaire	29,3	984
Secondaire et plus	12,5	420
ALPHABETISATION		
Sait lire	33,1	1112
NSP lire	66,9	2248
RELIGION		
Catholique	27,3	918
Protestante	10,6	357
Musulmane	11,4	384
Traditionnelle	40,2	1350
Autres	3,6	122
Sans	6,8	229
GRAND GROUPE ETHNIQUE		
Adja-Ewe	47,6	1601
Kabye-Tem	21,0	706
Para-Gourma	22,2	747
Autres	9,1	306
TOTAL	100,0	3360

Au niveau régional, la Région Maritime est la plus petite des cinq régions économiques, mais la plus peuplée: elle abrite 44,7 pour cent des femmes de l'EDST, vient ensuite la Région des Plateaux avec 22,8 pour cent de l'échantillon. Les Régions Centrale, de la Kara et des Savanes sont habitées respectivement par 9,1, 12,2 et 11,2 pour cent des femmes enquêtées. Si l'on compare la distribution spatiale des femmes de l'EDST à celle du recensement, on constate notamment une surreprésentation des femmes enquêtées dans la Région Maritime qui s'explique par l'importance croissante de la population de la capitale, et une sous-représentation de la Région de la Kara, due au fait que beaucoup de ménages tirés dans cette région n'ont pas été retrouvés.

Ethnie et religion

Les ethnies du pays, pour les besoins de l'analyse, sont regroupées en trois grands groupes (tableau 1.5): les Adja-Ewé (47,6 % des femmes enquêtées), habitant les Régions Maritime et des Plateaux, les Kabyè-Tem qui semblent sous-représentés avec seulement avec 21,0 pour cent, alors que les Para-Gourma (22,2 %) semblent être surreprésentés. La sous-représentation du groupe ethnique Kabyè-Tem pourrait être expliquée par la grande mobilité des membres de ce groupe dont beaucoup n'ont pas été retrouvés dans la région où ils dominent.

Du point de vue de l'appartenance religieuse, 40,2 pour cent des femmes enquêtées sont animistes; viennent ensuite les chrétiennes qui forment 37,9 pour cent de l'échantillon et dont près des trois quarts sont catholiques. Les musulmanes ne représentent que 11,4 pour cent de l'échantillon, soit presque autant qu'en 1981 au recensement général: elles se retrouvent essentiellement dans la Région Centrale et à Lomé.

Instruction et alphabétisation

Les résultats sur l'instruction (tableau 1.5) semblent indiquer une élevation du niveau de scolarisation de la population féminine qui était assez faible en 1981. En effet, seules 58,2 pour cent des femmes de l'EDST n'ont reçu aucune instruction contre 77,4 pour cent au recensement de 1981. Les niveaux primaire et secondaire ou plus s'élèvent respectivement à 29,3 et 12,5 pour cent alors qu'en 1981 ces proportions n'étaient respectivement que de 15,2 et 7,4 pour cent.

Le niveau d'alphabétisation contraste avec le niveau d'instruction: 33,1 pour cent seulement des femmes enquêtées peuvent lire ou écrire, ce qui indique qu'environ 21 pour cent des femmes qui ont fréquenté l'école primaire sont retombées dans l'analphabétisme.

Le tableau 1.6 donne la répartition en pourcentage de toutes les femmes selon le niveau de scolarisation atteint et les variables socio-démographiques. Il permet de saisir les interactions qui existent entre l'âge et le niveau d'instruction d'une part, et entre le niveau d'instruction et le milieu de résidence d'autre part.

Le niveau d'instruction varie beaucoup en fonction de l'âge. Les femmes qui n'ont reçu aucune instruction sont beaucoup plus âgées que celles qui ont été à l'école, et, inversement, les proportions de femmes qui ont le niveau primaire sont élevées chez les moins de 25 ans et diminuent régulièrement jusqu'à 40 ans. Au niveau du milieu d'habitat, en milieu rural 69,5 pour cent des femmes de l'EDST sont sans instruction contre 37,4 pour cent en milieu urbain.

La Région des Plateaux compte la plus faible proportion des "sans instruction" (49,9 %), elle est suivie par les Régions de la Kara (54,3 %) et Maritime (54,7 %). La Région des Savanes, avec 87,3 pour cent, a la proportion la plus élevée des "sans instruction".

TABLEAU 1.6 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Caractéristiques socio-démographiques	Aucune instruction	Primaire	Secondaire et plus	Pourcentage total	Effectif
AGE ACTUEL					
15-19	37,6	46,8	15,6	100,0	724
20-24	44,6	37,4	18,0	100,0	661
25-29	57,7	23,5	18,7	100,0	620
30-34	68,9	22,5	8,6	100,0	479
35-39	71,1	23,5	5,4	100,0	370
40-44	81,0	15,2	3,8	100,0	263
45-49	92,6	7,0	0,4	100,0	243
MILIEU					
Urbain	37,4	38,0	24,6	100,0	1182
Lomé	35,6	39,1	25,3	100,0	750
Autre Ville	40,5	36,1	23,4	100,0	432
Rural	69,5	24,6	5,9	100,0	2178
REGION					
Maritime	54,7	29,8	15,5	100,0	1501
Des Plateaux	49,9	37,3	12,8	100,0	767
Centrale	65,7	24,8	9,5	100,0	306
De la Kara	54,3	33,0	12,7	100,0	409
Des Savanes	87,3	10,3	2,4	100,0	377
TOTAL	58,2	29,3	12,5	100,0	3360

Notes:

1. Source: Direction de la Statistique. 1987. *Comptes provisoires.* Division Synthèse et Recherche Méthodologique. Lomé, Togo.

2. Source: Identique à 1.

3. Source: Service National de la Statistique Sanitaire. 1988. *Statistique sanitaires: 1987.* Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine, Lomé, Togo.

4. La représentation nationale de l'UNICEF a fourni une partie du matériel anthropométrique.

5. Lorsque l'année de naissance est connue, l'âge en années s'obtient en soustrayant de 1988 (année de l'enquête), l'année de naissance. Toutes les années de naissances terminées par 0 conduisent donc à des âges terminés par 8.

CHAPITRE II

NUPTIALITE ET AUTRES FACTEURS D'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Dans les populations où l'utilisation de la contraception moderne est peu fréquente, les déterminants proches (Bongaarts, 1978, Bongaarts et al., 1984) constituent les principaux facteurs de contrôle de la fécondité: il s'agit de la nuptialité, de l'allaitement au sein, de l'abstinence post-partum et de l'aménorrhée post-partum. Sans ces facteurs, les femmes atteindraient le chiffre théorique de 15 enfants à la fin de leur vie féconde (Frank, 1987). Or même dans le cas du Kenya (un des extrêmes) où la descendance par femme était d'environ 8 enfants en 1978, la situation reste encore bien loin de ce niveau théorique.

Le rôle joué par les déterminants proches de la fécondité au Togo a été mis en évidence par divers travaux (Locoh, 1984, Janssens, 1986a, Assogba, 1979, 1981, 1989). On peut déplorer cependant le caractère limité de ces études. L'EDST constitue la première occasion où la situation nationale est étudiée au Togo.[1] Ce chapitre traitera donc de la nuptialité et des autres déterminants proches de la fécondité.

2.1 NUPTIALITE

Statut matrimonial et stabilité des unions

L'étude de la nuptialité se fera ici dans l'optique de son impact sur la fécondité, en général, et l'exposition au risque de grossesse, en particulier.

Le système matrimonial togolais présente de multiples facettes du fait, d'une part, de la diversité des coutumes en vigueur au niveau des ethnies et, d'autre part, de la transition sociale en cours (Locoh 1984, 1988, Pilon 1988, Assogba 1981, 1989). Aussi, dans l'EDST, l'"union maritale", c'est-à-dire, "toute cohabitation plus ou moins stable entre une femme et un homme, reconnue par la religion, la coutume ou la loi ou simplement basée sur la convenance," a été retenue comme concept d'union.

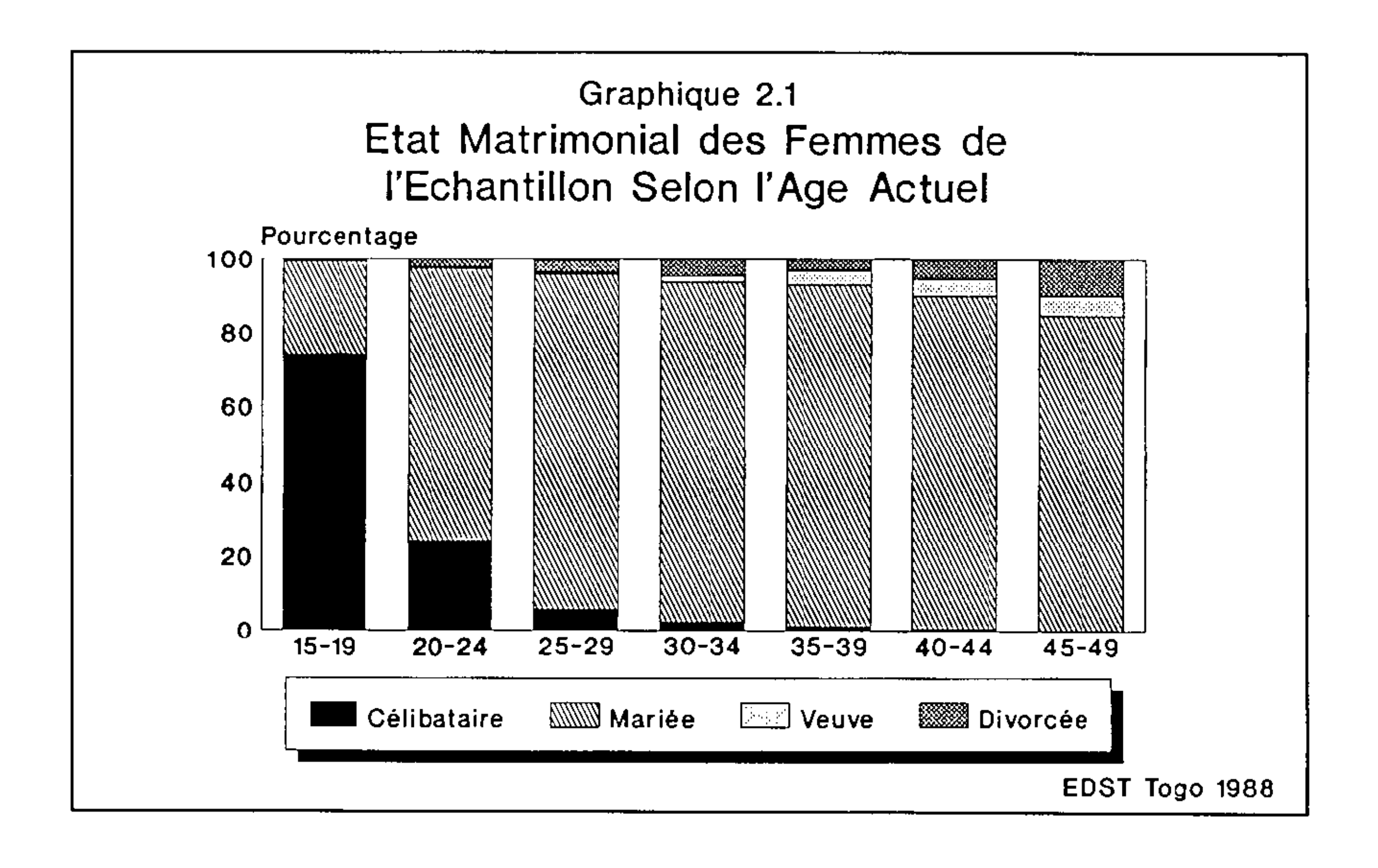
La section V du questionnaire est consacrée à la nuptialité. Elle comprend vingt cinq questions dont, la question classique sur l'état matrimonial des femmes (q.501), mais aussi des questions relative à l'histoire matrimoniale de la femme (le nombre des unions contractées par la femme, quelques caractéristiques des unions et des conjoints, etc.).

Le tableau 2.1 et le graphique 2.1 donnent la répartition des femmes par groupes d'âge et selon l'état matrimonial au moment de l'enquête. Il se dégage de ces données qu'avant 40 ans, presque toutes les femmes (99 %) ont contracté au moins une union. Ceci est en accord avec le caractère d'universalité des unions en Afrique. Dans le groupe d'âges des moins de 20 ans, 73 pour cent des femmes ont déclaré n'avoir jamais contracté une union; au recensement de 1970, 45 pour cent des femmes de cette tranche d'âges, et 57 pour cent en 1981 étaient célibataires. Dans le groupe d'âges 30-34 ans, à peine 2 pour cent des femmes sont célibataires; en 1970, la même proportion de 2 pour cent de célibataires a été enregistrée et 3 pour cent en 1981. Aux incertitudes de collecte près, on constate donc que le calendrier de la primo-nuptialité est devenu plus tardif, contrairement à ce qui avait été observé entre 1961 et 1970 (Locoh, 1976).

Dans l'ensemble, 73 pour cent des femmes sont en union au moment de l'enquête, 22 pour cent sont célibataires, moins de 2 pour cent sont veuves et un peu plus de 3 pour cent sont divorcées ou séparées. Les veuves se retrouvent d'autant plus nombreuses que l'âge est élevé: 2 à 5 pour cent chez les femmes de plus de 30 ans. Il en est de même pour les divorcées qui atteignent presqu'une femme sur dix dans le groupe d'âges 45-49 ans.

TABLEAU 2.1 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

Age	Jamais mariée	Mariée	Veuve	Divorcée	Total	Effectif
15-19	72,8	26,5	0,1	0,6	100,0	724
20-24	24,2	73,2	0,2	2,4	100,0	661
25-29	5,8	90,0	0,6	3,5	100,0	620
30-34	2,3	91,4	1,7	4,6	100,0	479
35-39	1,1	91,9	3,8	3,2	100,0	370
40-44	0,4	89,7	4,6	5,3	100,0	263
45-49	0,0	84,8	5,3	9,9	100,0	243
TOTAL	22,0	73,0	1,6	3,4	100,0	3360



La polygamie est une autre caractéristique de la nuptialité africaine qui est très fréquente au Togo. Le tableau 2.2 en donne la situation selon diverses caractéristiques socio-culturelles. Plus de la moitié des femmes actuellement en union (52,3 %) sont dans une union polygame. Que l'on soit en milieu urbain ou en milieu rural, la situation de la polygamie n'est pas fondamentalement différente: en milieu urbain, 47 pour cent des femmes mariées sont en union polygame contre 54 pour cent en milieu rural. Quand on fait la distinction entre Lomé, la capitale, et les autres villes, on se rend compte d'une légère différence du fait que Lomé compte 42 pour cent de femmes en union polygame, contre près de 55 pour cent dans les autres villes, soit une proportion supérieure à celle du milieu rural.

TABLEAU 2.2 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI SONT EN UNION POLYGAME SELON L'AGE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
MILIEU								
Urbain	23,3	35,9	42,6	48,6	58,6	57,1	74,5	47,1
Lomé	14,3	31,1	36,5	44,4	56,7	50,0	64,0	42,0
Autre Ville	31,3	40,8	54,7	56,3	61,5	66,7	86,4	54,6
Rural	42,0	41,6	55,2	56,0	56,4	67,8	71,7	54,4
REGION								
Maritime	35,2	35,1	46,9	59,2	58,1	64,8	71,3	52,5
Des Plateaux	34,8	36,4	47,5	42,5	47,0	65,3	67,3	46,8
Centrale	50,0	50,0	63,6	59,5	58,3	73,5	81,8	60,9
De la Kara	33,3	32,3	52,9	54,5	72,2	62,5	89,5	52,8
Des Savanes	45,5	53,9	58,8	47,6	59,5	60,0	58,3	53,9
INSTRUCTION								
Aucune instruction	45,5	42,6	54,4	56,4	56,9	69,4	72,3	56,5
Primaire	33,8	36,3	53,0	49,5	58,4	45,5	71,4	46,0
Secondaire et plus	0,0	37,5	33,3	39,4	53,3	42,9	100,0	36,0
TOTAL	39,1	39,9	50,9	53,7	57,1	65,3	72,3	52,3

Par rapport aux régions économiques du pays, la Région Centrale apparaît comme celle ayant la plus grande proportion de femmes en union polygame (61 %) alors que la Région des Plateaux est celle qui en compte le moins (47 %). L'opposition entre ces deux régions pourrait s'expliquer par le fait que, dans la première, près de la moitié de la population est musulmane (47 %), alors que la seconde se caractérise par une forte présence de chrétiens (44 %).

Vis-à-vis de la scolarisation, on observe que les femmes n'ayant aucune instruction sont les plus nombreuses à être en union polygame (57 %); celles qui ont au moins le niveau d'instruction secondaire sont les moins nombreuses, bien qu'une femme sur trois de ce niveau soit concernée par la polygamie (36 %); celles qui n'ont que le niveau d'instruction primaire se situent entre les deux situations précédantes avec 46 pour cent.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que l'âge a une influence sur le "tempo" de la polygamie: le risque pour une femme de se retrouver en union polygame augmente avec son âge. Ainsi, si dans le groupe d'âges 15-19 ans, seulement 39 pour cent de femmes sont en union polygame, chez les femmes âgées de 45-49 ans, on en trouve plus de 72 pour cent. Ce schéma de variation s'observe au niveau de toutes les catégories sociales. Ainsi chez les femmes urbaines, la proportion de femmes en union polygame varie de 23 pour cent chez les femmes de 15-19 ans à 75 pour cent chez celles de 45-49 ans. Chez les femmes rurales, beaucoup de femmes jeunes sont en union polygame (42,0 % dès 15-19 ans), cependant, la variation des proportions de femmes en union polygame par rapport à l'âge est assez semblable au schéma général d'évolution (de 42 % à 72 %). Même Lomé, la capitale, présente une variation de la polygamie selon l'âge à peu près identique (14 à 64 %).

A côté de la polygamie des hommes, la mobilité conjugale féminine est une caractéristique de la nuptialité togolaise dont on ne peut taire l'existence même si son intensité est moindre par rapport à celle de la polygamie. Dans l'EDST, près d'une femme non-célibataire sur quatre (23,6 %) a contracté plus d'une union comme le montre le tableau 2.3. Par rapport à l'âge, cette proportion varie de 3 pour cent dans le groupe d'âges des 15-19 ans à 40 pour cent chez les femmes de 45-49 ans.

TABLEAU 2.3 REPARTITION (EN %) DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'AGE ACTUEL, LE NOMBRE D'UNIONS ET QUELQUES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	1 union	2 unions et plus	Total	Effectif
AGE				
15-19	97,0	3,0	100,0	197
20-24	90,0	10,0	100,0	501
25-29	80,1	19,9	100,0	584
30-34	68,6	31,4	100,0	468
35-39	71,0	29,0	100,0	366
40-44	63,0	37,0	100,0	262
45-49	60,5	39,5	100,0	243
MILIEU				
Urbain	75,4	24,6	100,0	777
Lomé	77,8	22,2	100,0	468
Autre Ville	71,8	28,2	100,0	309
Rural	76,8	23,2	100,0	1844
REGION				
Maritime	76,8	23,2	100,0	1084
Des Plateaux	75,4	24,6	100,0	598
Centrale	76,0	24,0	100,0	262
De la Kara	75,8	24,2	100,0	339
Des Savanes	77,8	22,2	100,0	338
INSTRUCTION				
Aucune instruction	75,6	24,2	100,0	1760
Primaire	76,6	23,4	100,0	642
Secondaire et plus	82,6	17,4	100,0	219
TOTAL	76,4	23,6	100,0	2621

La mobilité conjugale est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (24,6 % contre 23,2 %) et davantage encore dans les villes secondaires (28,2 %) qu'à Lomé (22,1 %). La Région de la Kara se présente comme celle où existe la plus forte proportion de femmes ayant contracté plus d'une union (24,2 %) et la Région des Savanes, la plus faible (22,2 %). Les femmes instruites sont plus nombreuses à être en première union: 83 pour cent chez les femmes de niveau secondaire ou plus, 77 pour cent chez les femmes de niveau primaire et 76 pour cent chez les femmes non instruites. Mais, tout comme dans le cas de la polygamie, il faut tenir compte de l'effet de l'âge dans la mobilité conjugale des femmes: au fur et à mesure que l'âge de la femme augmente, le risque de se retrouver en union polygame augmente, ainsi que celui de ne plus être en première union. La différence essentielle entre la polygamie des hommes et la mobilité conjugale des femmes se situe sur le plan de l'intensité: celle de la polygamie étant deux fois plus importante que celle de la mobilité conjugale.

Calendrier de la primo-nuptialité

Le calendrier de la primo-nuptialité est mesuré au niveau de l'EDST par l'âge médian à la première union: c'est l'âge auquel 50 pour cent de la population a déjà contracté une première union. D'après le tableau 2.4, la majorité des premières unions féminines s'effectue au Togo après 18 ans. En effet, quel que soit le groupe d'âges considéré, l'âge médian à la première union varie de 17,7 ans chez les femmes de 30-34 ans à 18,7 ans chez celles de 45-49 ans: pour l'ensemble de l'échantillon, il est de 18,4 ans. Vu les fluctuations de l'âge médian dans les groupes d'âges, on ne peut rien affirmer quant à une évolution du calendrier dans le temps, puisque les erreurs de déclaration d'âge constituent l'un des premiers problèmes de la collecte dans les sociétés africaines. On peut toutefois émettre des hypothèses à partir de la situation qui prévaut chez les femmes de moins de 35 ans. En effet, si l'on suppose que le risque de se tromper sur l'âge à la première union est moindre chez ces dernières, on pourrait en déduire que le calendrier de la primo-nuptialité est en train de devenir plus tardif avec les jeunes générations. Ce résultat, qui confirme un mouvement d'inflexion de l'âge au premier mariage apparu au recensement général de la population en 1981, mériterait d'être analysé de façon approfondie. Dans la période intercensitaire 1960-1970, comme mentionné plus haut, on avait observé que le calendrier de la primo-nuptialité allait dans le sens d'un rajeunissement (Locoh, 1976), par contre en 1981, les données du recensement faisaient apparaître une légère tendance au vieillissement du calendrier (Direction de la Statistique, 1989).

TABLEAU 2.4 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION ET L'AGE MEDIAN A LA PREMIERE UNION SELON L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

Age actuel	Jamais en union	<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	Total	Age mé-dian	Ef-fec-tif
15-19	72,8	8,6	15,9	2,8	0,0	0,0	0,0	100,0	*	724
20-24	24,2	10,4	33,1	19,5	9,1	3,6	0,0	100,0	18,6	661
25-29	5,8	11,9	32,6	24,8	12,7	9,2	2,9	100,0	18,4	620
30-34	2,3	12,7	40,7	18,0	14,0	8,8	3,5	100,0	17,7	479
35-39	1,1	13,5	29,5	23,0	17,6	9,2	6,2	100,0	18,5	370
40-44	0,4	14,1	35,7	19,4	16,0	7,6	6,8	100,0	18,0	263
45-49	0,0	10,7	28,8	26,7	17,3	10,3	6,2	100,0	18,7	243
TOTAL	22,0	11,3	29,9	17,6	10,6	6,0	2,7	100,0	*	3360

* Pas de médiane

Le tableau 2.5 montre les spécificités de l'âge médian à la première union selon diverses caractéristiques des femmes âgées de 25 à 49 ans dans l'échantillon. Tout d'abord par rapport à la résidence, en milieu rural, les femmes ont un premier mariage plus précoce qu'en milieu urbain: on observe une différence d'environ deux ans dans le calendrier de la primo-nuptialité entre les deux milieux. La différence devient cependant plus nette quand on fait la distinction entre Lomé et les autres villes du pays: en effet, l'âge médian à la première union est le plus tardif à Lomé (20,4 ans) tandis qu'il est à peine plus élevé dans les autres villes (18,5 ans) qu'en milieu rural (17,9 ans). La Région Maritime présente le calendrier le plus tardif (19,2 ans) et la Région des Savanes, le calendrier le plus précoce (16,5 ans), ce qui n'est pas étonnant si l'on sait que la première région est largement influencée par Lomé, la capitale. Le niveau d'instruction présente une liaison positive avec le retard du calendrier des premières unions en ce sens que, plus le niveau de scolarisation des femmes est élevé, plus leur calendrier est tardif. Ainsi, les

TABLEAU 2.5 AGE MEDIAN A LA PREMIERE UNION DES FEMMES DE 25 A 49 ANS, SELON L'AGE ACTUEL ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Age actuel 25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
MILIEU						
Urbain	19,6	18,8	19,3	19,2	20,1	19,7
Lomé	19,8	19,7	19,6	20,2	20,9	20,4
Autre Ville	19,2	17,3	18,6	17,9	18,0	18,5
Rural	17,8	17,4	18,2	17,7	18,5	17,9
REGION						
Maritime	18,7	18,9	19,3	19,4	19,0	19,2
Des Plateaux	18,8	18,2	18,5	18,4	18,6	18,6
Centrale	17,3	16,8	17,8	16,7	18,4	17,4
De la Kara	18,6	17,2	18,1	17,7	19,0	18,0
Des Savanes	16,4	16,3	16,0	16,9	17,0	16,5
INSTRUCTION						
Aucune instruction	17,7	17,3	18,2	17,9	18,7	17,8
Primaire	18,6	18,3	18,8	17,8	18,9	18,8
Secondaire et plus	21,5	22,3	20,0	21,0	24,5	22,5
TOTAL	18,4	17,7	18,5	18,0	18,7	18,4

femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus se marient 3,7 ans plus tard que les femmes du niveau primaire et 4,7 ans plus tard que les femmes qui n'ont jamais été scolarisées.

2.2 DETERMINANTS PROCHES DE LA FECONDITE

Comme mentionné plus haut, les différentes études qui ont été faites sur les déterminants de la fécondité au Togo l'ont été dans un cadre géographique souvent limité. Que ce soit les travaux sur le Sud-Est (Locoh, 1984; Assogba, 1979, 1981) ou le Sud-Ouest (Vimard et Quesnel, 1982) ou Lomé (Assogba, 1989; Janssens, 1986b) ou dans les ethnies Moba-Gourma (Pilon, 1988), aucun, tout en étant d'un intérêt certain, ne permet de connaître la situation de l'ensemble du territoire. Les méthodologies qui étaient à la base des différentes investigations ne le permettent pas. Les résultats de l'EDST constituent, sans aucun doute, la référence pour une comparaison nationale. Sur le plan africain, voici, à titre comparatif, les durées moyennes d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum obtenues dans quelques pays africains au sud du Sahara au cours de diverses opérations de collecte:

	(allaitement)	(aménorrhée)	(abst.pp)	
Burundi	23,4 mois	18,7 mois	3,2 mois	(EDS, 1987)
Cameroun	19,3 mois	10,1 mois	13,4 mois	(EMF, 1978)
Côte d'Ivoire	16,2 mois	7,9 mois	10,5 mois	(EMF, 1980)
Libéria	17,0 mois	11,2 mois	13,2 mois	(EDS, 1986)
Nigéria	16,6 mois	10,4 mois	14,1 mois	(EMF, 81-82)
Sénégal	18,8 mois	16,2 mois	7,9 mois	(EDS, 1986)
TOGO	22,6 mois	14,4 mois	17,5 mois	(EDS, 1986).[2]

Contrairement à la méthodologie utilisée dans la plupart des autres enquêtes précitées, l'EDST ne s'est pas limitée à des questions rétrospectives sur les déterminants de la fécondité. Le tableau 2.6 montre l'évolution de la situation du moment des différents déterminants proches de la fécondité au Togo. On y trouve les pourcentages d'enfants dont les mères sont encore en état d'allaitement au sein, en aménorrhée ou en abstinence post-partum selon les mois écoulés depuis la naissance de l'enfant. Ces distributions sont analogues à la fonction Sx d'une table de mortalité.

TABLEAU 2.6 PROPORTION DE FEMMES QUI SONT ENCORE EN ALLAITEMENT, EN AMENORRHEE, EN ABSTINENCE POST-PARTUM ET NON-SUSCEPTIBLES SELON LE NOMBRE DE MOIS DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE, EDST, 1988

	Femmes				
Mois depuis dernière naissance	En allaitement	En aménorrhée	En abstinence	Non-susceptibles	Nombre de naissances
Moins 2	95,4	96,6	96,6	97,7	87
2-3	94,5	87,3	87,3	93,6	110
4-5	96,1	86,8	82,2	95,3	129
6-7	87,0	74,8	73,9	86,1	115
8-9	88,2	68,9	60,5	79,0	119
10-11	86,4	60,2	64,1	74,8	103
12-13	84,2	51,8	53,5	66,7	114
14-15	83,8	47,6	53,3	66,7	105
16-17	85,8	29,2	53,1	62,8	113
18-19	73,5	36,7	37,8	50,0	98
20-21	74,3	25,7	36,6	45,5	101
22-23	48,5	15,5	25,8	28,9	97
24-25	28,8	4,8	19,2	20,8	125
26-27	29,2	5,7	21,7	22,6	106
28-29	17,3	1,0	17,3	18,3	104
30-31	11,9	2,0	14,9	15,8	101
32-33	10,9	2,0	5,9	6,9	101
34-35	8,3	2,1	8,3	8,3	96
TOTAL	62,2	39,5	45,7	53,1	1924

Cette façon de présenter les données permet d'estimer les durées moyennes de pratique en réduisant les erreurs de déclarations dont sont entachées les données rétrospectives sur les dates en Afrique. En particulier les données comme la durée d'allaitement ou de l'abstinence post-partum sont sujettes à l'attraction pour 12 mois et ses multiples. C'est une méthode qui a été déjà appliquée dans le cas de l'Enquête Fécondité du Sud-est Togo (Locoh, 1984). Le tableau 2.7 et le graphique 2.2 donnent la situation de ces différents déterminants proches. Les données qui y figurent permettent une analyse descriptive qui a besoin d'être approfondie. Il est à noter que ces données portent uniquement sur les femmes qui ont eu une naissance vivante dans l'intervalle ouvert des 36 mois précédant l'enquête.

La procédure pour le calcul de la durée moyenne d'allaitement, d'aménorrhée, d'abstinence et de période de non-susceptibilité, basée sur les données de l'état actuel est la méthode "prévalence/incidence" empruntée à l'épidémiologie. En épidémiologie, la durée moyenne d'une maladie peut être estimée en divisant sa prévalence par son incidence. Dans le cas précis, ce qui nous intéresse n'est pas la maladie mais l'allaitement, l' aménorrhée, et l'abstinence post-partum. La prévalence est définie comme le nombre d'enfants dont les mères sont encore en train d'allaiter (ou en aménorrhée, etc.) au moment de l'enquête.

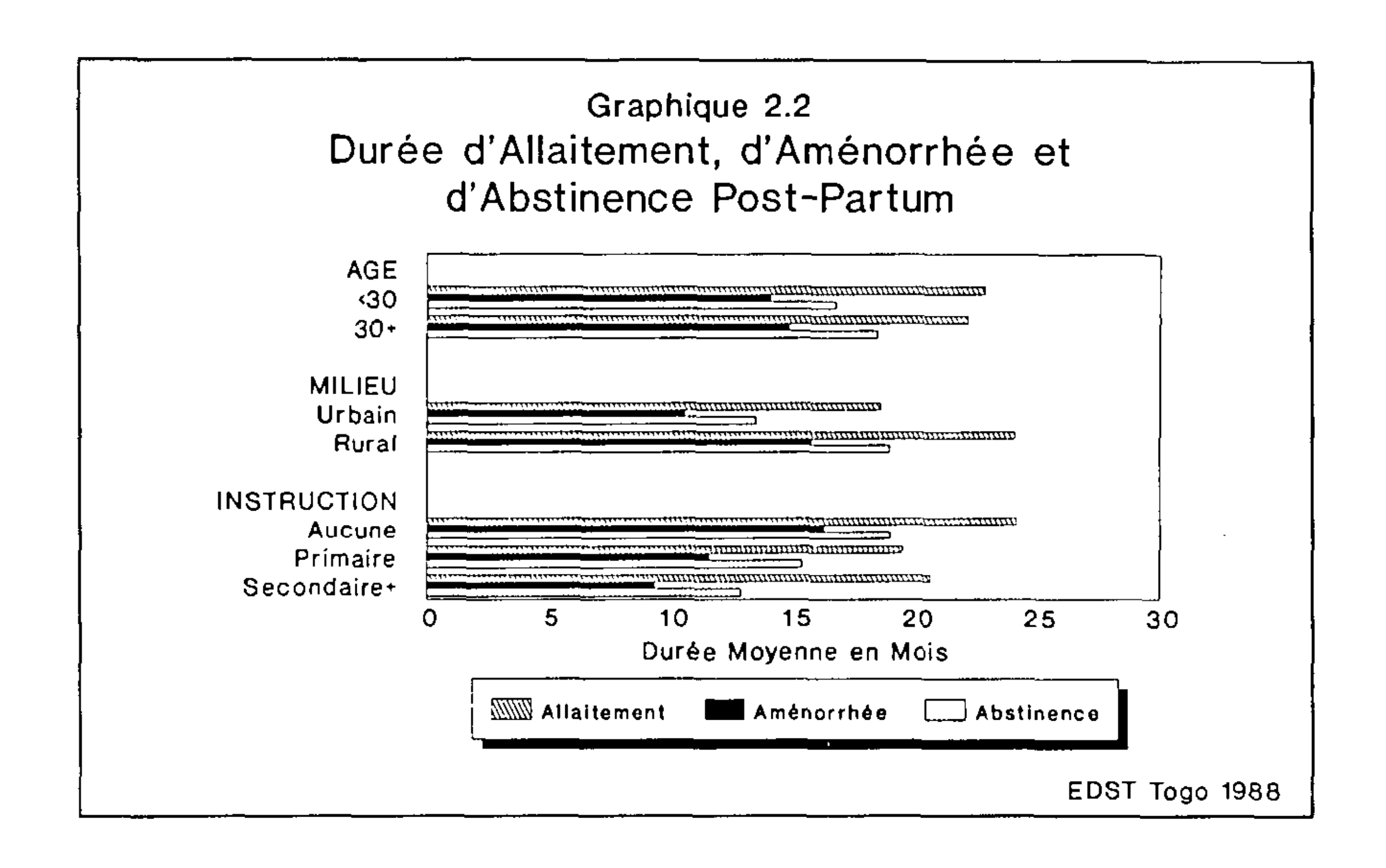
TABLEAU 2.7 ESTIMATION DE L'ETAT ACTUEL DU NOMBRE MOYEN DE MOIS D'ALLAITEMENT, D'AMENORRHEE POST-PARTUM, D'ABSTINENCE POST-PARTUM ET DE NON-SUSCEPTIBILITE AU RISQUE DE GROSSESSE PARMI TOUTES LES FEMMES SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

	Nombre moyen de mois				
Caractéristiques socio-démographiques	En allaitement	En aménorrhée	En abstinence	Non-susceptibles	Nombre de naissances
AGE					
<30	22,9	14,1	16,8	19,7	1141
30+	22,2	14,9	18,5	21,2	787
MILIEU					
Urbain	18,6	10,6	13,5	16,9	512
Lomé	17,5	10,6	10,9	15,0	288
Autre Ville	19,9	10,6	16,9	19,3	224
Rural	24,1	15,8	19,0	21,5	1416
REGION					
Maritime	21,0	13,1	12,7	17,1	729
Des Plateaux	22,4	12,6	18,2	20,2	436
Centrale	23,2	14,8	20,2	21,5	219
De la Kara	22,9	14,9	20,8	22,9	256
Des Savanes	26,2	19,9	23,7	25,1	288
INSTRUCTION					
Aucune instruction	24,2	16,3	19,0	22,0	1237
Primaire	19,5	11,6	15,4	17,7	526
Secondaire et plus	20,7	9,4	12,9	15,7	165
TOTAL	22,6	14,4	17,5	20,3	1928

L'incidence est définie comme le nombre moyen de naissances par mois. Cette durée moyenne est estimée en additionnant le nombre de naissances au cours des 36 mois pour éviter le problème de saisonnalité de la natalité et les fluctuations associées aux petits effectifs de naissances durant des périodes de temps généralement courtes. A titre d'exemple, une simple division du nombre de mères qui allaitent, au moment de l'enquête, par le nombre moyen de naissances par mois donne une estimation, en mois, de la durée moyenne de l'allaitement.

Allaitement

L'allaitement au sein est une pratique traditionnelle au Togo. Il est pratiqué de façon prolongée par la majorité des femmes. Par son effet inhibiteur sur l'ovulation, il joue un rôle très important dans le contrôle de la fécondité. Au niveau de tout l'échantillon, 62 pour cent des enfants âgés de moins de 36 mois, continuaient d'être allaités au sein pendant la période de l'enquête. La durée moyenne d'allaitement au sein est de 22,6 mois. Dans le Sud-est rural, cette durée moyenne était estimé à 18 mois environ en 1976 (Locoh, 1984); chez les mères de Lomé enquêtées dans l'étude APEL[3] en 1984, il était du même ordre de grandeur: 17,9 mois (Assogba, 1989).



Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des mères, certaines nuances apparaissent. Ainsi, entre les femmes de moins de 30 ans et celles plus âgées, on observe une différence de 0,6 mois dans la durée moyenne d'allaitement; entre les femmes de milieu urbain et les femmes rurales, la différence est de plus de cinq mois. Si on ne peut pas dire de façon nette qu'entre les anciennes générations et les plus récentes, le comportement en matière d'allaitement diffère, on peut cependant affirmer que les femmes urbaines allaitent bien moins longtemps que les femmes rurales. De même, les femmes instruites allaitent en moyenne moins longtemps (19,5 mois pour le niveau d'instruction primaire, 20,7 mois pour le secondaire) que les femmes illettrées (24,2 mois).

Aménorrhée post-partum

L'aménorrée post-partum est la période pendant laquelle une femme qui vient d'accoucher n'est pas soumise au risque d'une nouvelle conception du fait de l'absence d'ovulation. L'intensité de l'allaitement au sein est entre autres, l'un des facteurs qui retarde la reprise de l'ovulation après l'accouchement, contribuant ainsi à protéger la femme contre les risques d'une nouvelle grossesse et, par conséquent, allonge la durée de l'aménorrhée post-partum. Il ressort du tableau 2.6 que près de deux femmes sur cinq (39,5 %) étaient encore en aménorrhée au moment de l'enquête et que pour moins d'une femme sur deux, les règles avaient repris 13 mois après la naissance de leur dernier enfant. La durée moyenne d'aménorrhée observée chez les femmes enquêtées dans l'EDST est de 14,4 mois. Bien qu'elle soit inférieure à celle obtenue en milieu rural dans le Togo méridional (17 mois), elle est relativement plus importante que ce qui est observé dans certains pays comme le Cameroun, le Libéria, le Nigéria ou la Côte d'Ivoire (voir ci-dessus). On peut noter la cohérence entre la durée de l'aménorrhée et celle de l'allaitement.

La durée de l'aménorrhée varie selon les caractéristiques socio-démographiques de la population. Le milieu de résidence et l'instruction sont les deux variables qui semblent le plus influer sur l'aménorrhée post-partum. Ainsi, il apparaît que la durée moyenne est plus faible chez les femmes urbaines (10,6 mois)

qu'elle ne l'est chez les femmes rurales (15,8 mois). Les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus ont la durée d'aménorrhée la plus courte (9,4 mois) et les illettrées ont la durée la plus longue (16,3 mois); les femmes de niveau d'instruction primaire ont une durée comprise entre ces deux situation (11,6 mois). Par rapport aux régions économiques les différences sont assez faibles sauf pour la Région des Savanes qui a une période particulièrement longue: 19,9 mois.

Abstinence post-partum

L'abstinence post-partum est également une pratique traditionnelle courante au Togo. Sa pratique a surtout pour but d'améliorer les chances de survie de l'enfant nourri au sein. On pense couramment que "le sperme empoisonne le lait" et que, de ce fait, les rapports sexuels pendant que l'enfant est allaité augmentent ses risques de maladie.

La durée moyenne d'abstinence est de 17,5 mois chez les femmes de l'échantillon. Une durée de cet ordre de grandeur a été observé chez des femmes illettrées à Lagos au Nigéria: 18,7 mois (Page et Lesthaeghe, 1981). Dans le Togo méridional rural, la durée moyenne d'abstinence post-partum observé en 1976 était de 7,5 mois (Locoh, 1984).

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des femmes, la durée d'abstinence est apparemment plus importante chez les femmes âgées de plus de 30 ans (18,5 mois) que chez les plus jeunes femmes (16,8 mois). Les femmes rurales ont une durée d'abstinence beaucoup plus longue (19,0 mois) que les femmes urbaines (plus de cinq mois en moyenne): 10,9 mois à Lomé et 16,9 mois dans les autres villes.

Par rapport aux régions économiques, du sud au nord, la durée moyenne devient de plus en plus importante: la Région Maritime (y compris Lomé) possède la durée d'abstinence la plus courte (13,1 mois) et la Région des Savanes, la durée la plus longue (23,7 mois).

L'instruction de la femme semble avoir un effet de réduction sur la période d'abstinence. Cependant il ne faut pas perdre de vue que, la plupart du temps, ces femmes instruites sont les plus jeunes ainsi que des femmes urbaines. Aussi, si la différence entre les femmes sans instruction (19,0 mois) et celles qui ont le niveau de l'enseignement secondaire (12,9 mois) semble aussi importante (environ 6 mois), il est fort probable que ce soit le fait du cumul de ces divers effets.

Période de non-susceptibilité

La période de non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme féconde n'est presque pas soumise au risque de conception par suite de non-exposition. Il s'agit d'une femme n'ayant pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance ou d'une femme en aménorrhée, et qui n'a donc que de très fables chances de tomber enceinte si elle a repris les relations sexuelles. La période de "non-susceptibilité" correspond à la durée d'abstinence ou d'aménorrhée, la plus longue. Cette période peut varier d'un mois, en absence d'allaitement et/ou d'abstinence post-partum, à plus de deux ans. Pour l'ensemble de l'échantillon, plus d'une femme sur deux (53,1 %) était en période de "non-susceptibilité" au moment de l'enquête et la durée moyenne était de 20,3 mois.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des femmes, la période de non-susceptibilité est plus longue chez les femmes âgées (21,2 mois) que chez les plus jeunes (19,7 mois); elle est plus élevée en milieu rural (21,5 mois) qu'en milieu urbain (16,9 mois) et davantage encore qu'à Lomé (15,0 mois). Selon que la femme est sans instruction ou a un niveau d'instruction primaire ou secondaire, la période de non-susceptibilité varie à la baisse de 22,0 à 15,7 mois. Par rapport aux régions économiques, la durée la plus longue s'observe dans la Région des Savanes (25,1 mois) et la plus courte dans la Région Maritime (17,1 mois).

2.3 CONCLUSION

L'EDST a fait ressortir qu'au Togo, le mariage est encore universel: 73 pour cent des femmes sont en union au moment de l'enquête, 22 pour cent sont célibataires, trois pour cent sont divorcées ou séparées et 2 pour cent sont veuves. Plus de la moitié des femmes en union sont en union polygame (52,3 %). Une femme sur quatre (23,6 %) a contracté plus d'une union. L'âge moyen des femmes à la première union est de 18,4 ans.

L'allaitement au sein reste encore pratiqué au Togo. La durée moyenne d'allaitement est de 22,6 mois. En ce qui concerne les autres déterminants proches, la durée d'aménorrhée est de 14,4 mois et celle de l'abstinence post-partum, de 17,5 mois. La période pendant laquelle la femme n'est pas susceptible d'être exposée au risque de grossesse est de 20,3 mois.

Notes:

1. Des études nationales sur la nuptialité ont été rendues possibles par les trois recensements de la population à savoir, 1958-60, 1970 et 1981. Mais les autres déterminants proches n'ont jamais pu bénéficier d'une collecte d'envergure nationale.

2. Le calcul des durées moyennes utilisé dans l'EDST diffère de celui utilisé dans l'Enquête Mondiale sur la Fécondité où les durées moyennes sont basées sur le dernier intervalle fermé (femmes non-célibataires ayant eu au moins deux naissances vivantes, grossesse actuelle comprise, dont l'avant-dernière naissance vivante a survécu au moins 12 mois).

3. APEL est l'étude sur l'"Arrivée du Prochain Enfant à Lomé", réalisée par l'URD à Lomé en 1984 grâce à un financement de Population Council. Elle a étudié plus particulièrement les déterminants de la fécondité en milieu urbain. Voir Assogba (1989), "Statut de la femme et fécondité dans le Golfe du Bénin" Université de Paris I, Sorbonne, Paris.

CHAPITRE III

FECONDITE

Avant 1988, trois opérations d'envergure nationale ont permis de collecter des informations sur la fécondité; il s'agit des enquêtes démographiques de 1961 et 1971 et du recensement général de la population et de l'habitat de 1981. L'ESDT à la différence de ces opérations, s'est intéressée uniquement à un échantillon national, représentatif, de femmes en âge de procréer; elle a receuilli des données de première importance sur la fécondité en reconstituant l'histoire génésique des femmes: précision du sexe de l'enfant, sa date de naissance, son état de survie à la date de l'enquête et éventuellement sa date de décès ou âge au décès. Par ailleurs l'EDST a recueilli des informations sur la grossesse actuelle et sur les intentions concernant les grossesses futures.

Afin d'améliorer la qualité des informations sur les âges, une importance particulière a été accordée, pendant la formation des enquêtrices et la collecte des données, à la détermination de la date de naissance (mois et année) des femmes et de leurs enfants et, en cas de décès, la date ou l'âge au décès des enfants et enfin l'âge au mariage de la femme.

Ce chapitre comprend quatre parties: la première traitera des niveaux et des facteurs différentiels de la fécondité. La seconde sera consacrée aux tendances de la fécondité par le biais de l'évolution des taux de fécondité générale par âge et l'âge de la mère à la naissance des enfants. La troisième partie portera sur la fécondité cumulée ou la parité moyenne: cet indice fournit une mesure rétrospective sur la fécondité. L'entrée dans la vie féconde, définie par l'âge de la femme à la naissance de son premier enfant, sera la quatrième et dernière partie du chapitre.

3.1 NIVEAUX ET FACTEURS DIFFERENTIELS DE LA FECONDITE

L'indice synthétique de fécondité (ISF) ou la somme des naissances réduites est un indice du moment. Il correspond à la descendance finale (D), ou nombre moyen d'enfants qu'une femme mettrait au monde durant sa vie féconde en fonction des conditions de fécondité qui prévalent à un moment donné.

Le tableau 3.1 montre qu'au niveau national l'indice synthétique de fécondité des femmes âgées de 15-49 ans, calculé sur les cinq dernières années précédant l'enquête est de 6,6 enfants. La fécondité togolaise est assez stable mais une légère baisse semble se dessiner lorsqu'on compare les résultats des périodes 1982-1984 (6,9 enfants) et 1985-1987 (6,5 enfants). Cette tendance est confirmée par le nombre moyen d'enfants que les femmes de 40-49 ans (femmes qui sont à la fin de leur vie féconde) ont eu. Cette descendance moyenne s'élève à 7,1 enfants.

Rappelons que depuis 1960, les différentes opérations de collecte ont donné respectivement 6,4 enfants par femme en 1961, 6,6 en 1971 (Enquêtes Démographiques) et 6,0 en 1981 (Recensement). Il semble évident que l'ISF estimé à partir du recensement est sous-estimé, probablement en raison d'une sous-déclaration des naissances des 12 derniers mois.

Le même tableau et le graphique 3.1 présentent le niveau de l'ISF et de la descendance moyenne des femmes de 40-49 selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

On note une différence dans le comportement des femmes selon qu'elles habitent les milieux urbain ou rural. Les indices synthétiques de fécondité à 15-44 ans des cinq dernières années et la descendance moyenne des femmes de 40-49 ans font ressortir qu'en milieu rural la fécondité est demeurée assez stable (D: 7,5 et ISF: 7,0) alors que, dans les centres urbains, une baisse significative s'est amorcée (D: 5,8 et ISF: 4,7). Cette baisse est plus importante à Lomé que dans les autres villes.

TABLEAU 3.1 INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF) DES FEMMES AGEES DE 15-44 ANS ET 15-49 ANS, ET DESCENDANCE ATTEINTE A 40-49 ANS PARMI TOUTES LES FEMMES SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Indice synthétique de fécondité			Descendance à 40-49 ans
	1987-1985	1984-1982	0-4 ans avant l'enquête	
MILIEU				
Urbain	4,76	4,96	4,72	5,83
Lomé	4,08	4,29	4,13	5,45
Autre Ville	5,85	5,96	5,66	6,33
Rural	6,88	7,18	6,98	7,51
REGION				
Maritime	5,23	5,51	5,29	6,70
Des Plateaux	6,09	6,47	6,23	6,88
Centrale	7,49	7,97	7,53	7,59
De la Kara	6,75	6,22	6,54	7,23
Des Savanes	7,95	9,01	8,27	8,52
INSTRUCTION				
Aucune instruction	6,72	7,09	6,83	7,14
Primaire	5,67	6,14	5,74	7,07
Secondaire	4,42	4,83	4,54	4,73
TOTAL 15-44 ans	6,12	6,45	6,21	7,08
TOTAL 15-49 ans	6,94	6,47	6,59	7,08

Par région, on observe également des niveaux différentiels de la fécondité. Ainsi, une baisse non-négligeable est observée dans la Région Maritime où l'écart entre la descendance moyenne des femmes de 40-49 ans et l'indice synthétique de fécondité est de 1,4 enfants. Une légère baisse est également observée dans les Régions des Plateaux et de la Kara tandis que, dans les deux autres Régions (Centrale et Savanes), le niveau de la fécondité est resté stable.

Il existe une liaison négative entre le niveau d'instruction et le niveau de la fécondité. En effet, la fécondité est demeurée très élevée chez les femmes qui n'ont reçu aucune instruction (D: 7,1 et ISF: 6,8) alors qu'elle a considérablement baissé chez celles qui ont le niveau d'étude primaire (D: 7,1 et ISF: 5,7). L'indice synthétique de fécondité et la descendance des femmes de 40-49 ans sont relativement faibles pour les femmes qui ont atteint le niveau secondaire (D: 4,7 et ISF: 4,5).

Le tableau 3.2 donne la proportion des femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Une telle proportion est, dans un sens, un indicateur de la fécondité du moment le plus récent, étant donné qu'il anticipe sur le niveau de cette fécondité durant les 9 mois à venir. La précision de l'estimation du niveau de la fécondité actuelle, à partir de la proportion de femmes enceintes, dépend de la fiabilité des informations sur la durée de grossesse.

Au total 11 pour cent des femmes enquêtées de 15-49 ans ont déclaré être enceintes. Cette proportion atteint son maximum chez les femmes de 30-34 ans (15,4%). Les pourcentages des femmes

enceintes baissent graduellement au-delà de 35 ans, 9 pour cent pour le groupe d'âges 35-39 ans, 4 pour cent pour le groupe 40-44 ans et atteignent enfin 1 pour cent pour le groupe 45-49 ans.

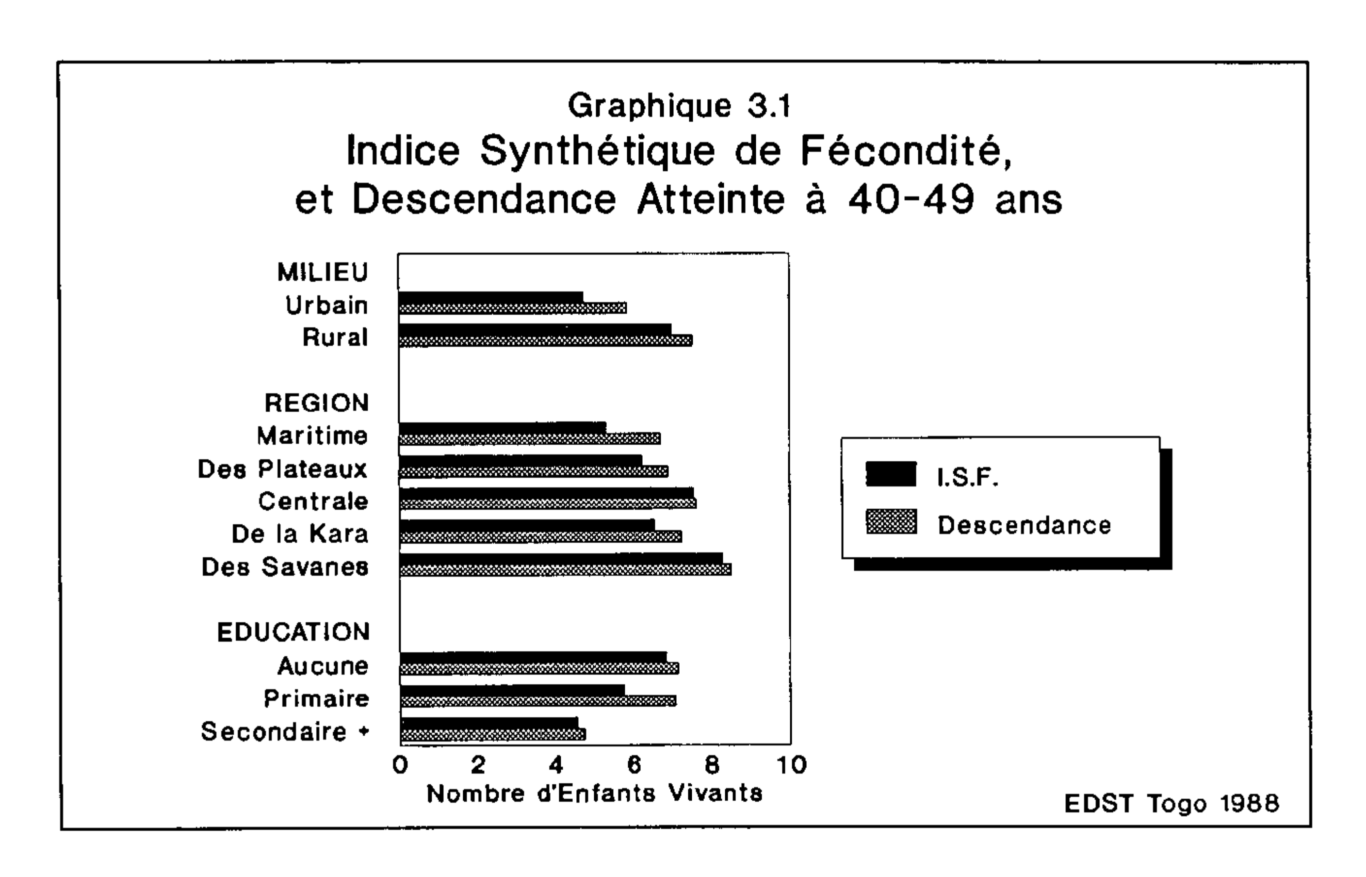


TABLEAU 3.2 POURCENTAGE DES FEMMES QUI SONT ENCEINTES, SELON L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

Age actuel	Pourcentage	Effectif des femmes
15-19	7,7	724
20-24	14,5	661
25-29	14,5	620
30-34	15,4	479
35-39	8,9	370
40-44	4,2	263
45-49	1,2	243
TOTAL	10,8	3360

3.2 TENDANCES DE LA FECONDITE

Les taux de fécondité générale selon l'âge des femmes à la naissance de leurs enfants durant les 35 années qui ont précédé l'enquête sont présentés dans le tableau 3.3. Il s'agit donc d'une évaluation de l'intensité de la fécondité vécue par ces femmes à chaque groupe d'âges.

TABLEAU 3.3 TAUX DE FECONDITE GENERALE SELON L'AGE DE LA MERE A LA NAISSANCE DE SES ENFANTS, EDST, 1988

Age de la mère à la naissance	Période avant l'enquête en années						
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
15-19	0,127	0,155	0,170	0,159	0,165	0,144	(0,111)
20-24	0,273	0,299	0,297	0,291	0,306	(0,251)	-
25-29	0,277	0,321	0,316	0,302	(0,338)	-	-
30-34	0,245	0,281	0,287	(0,332)	-	-	-
35-39	0,208	0,258	(0,257)	-	-	-	-
40-44	0,111	(0,199)	-	-	-	-	-
45-49	(0,076)	-	-	-	-	-	-

Note: Les chiffres entre parenthèses représentent des cohortes incomplètes.

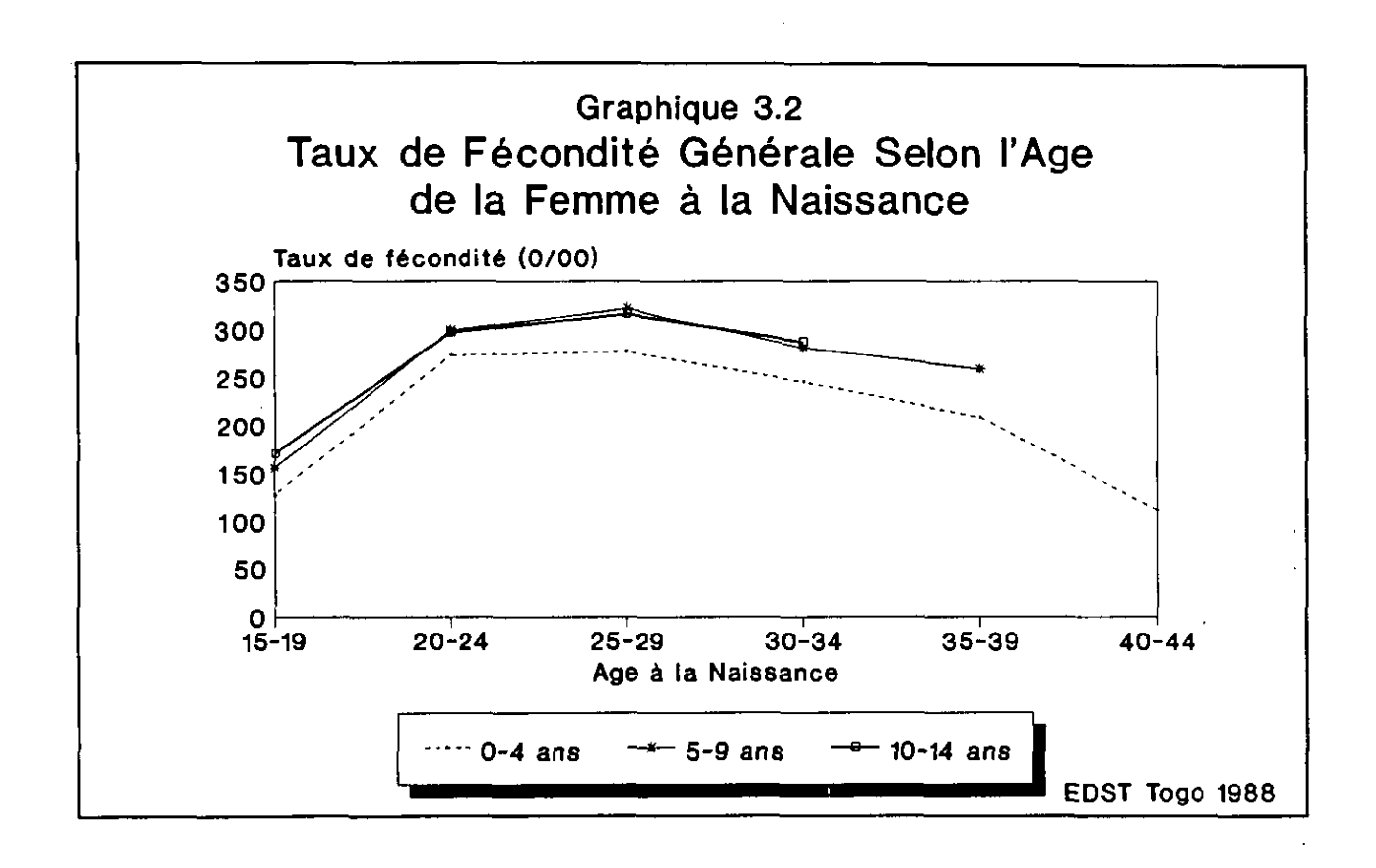
Lorsqu'on compare les deux premières colonnes (graphique 3.2) c'est-à-dire les deux périodes 0-4 ans et 5-9 ans avant l'enquête où les données sont les plus fiables, il ressort qu'à âge égal à la naissance, les taux de fécondité sont moins élevés pour la période la plus récente (0-4 ans). Ces taux présentent une allure très irrégulière pour les périodes dépassant dix ans.

Par ailleurs l'analyse longitudinale de l'intensité de la fécondité du groupe de générations ayant 40-44 ans pendant la dernière période quinquennale précédant l'enquête, donne les taux de fécondité suivants: 15-19 ans: 0,144; 20-24 ans: 0,306; 25-29 ans: 0,302; 30-34 ans: 0,287; 35-39 ans: 0,258; 40-44 ans: 0,111. La descendance atteinte à 45 ans pour ce groupe de générations est de 7,0 enfants, ce qui dépasse l'indice du moment (6,2 enfants). Cette baisse de la fécondité pourrait s'expliquer par l'augmentation des âges à la première union (chapitre 2) et à la première naissance (tableau 3.6).

3.3 FECONDITE CUMULEE

La fécondité cumulée ou le nombre moyen d'enfants nés vivants est un indice qui donne une mesure rétrospective de la fécondité. Il ne fait pas ressortir les variations de la fécondité selon l'âge ou la durée du mariage mais représente le cumul des naissances vivantes que chaque femme a eues depuis le début de sa vie féconde jusqu'à l'âge actuel.

Le tableau 3.4 donne la répartition en pourcentage de toutes les femmes et celles actuellement en union selon l'âge au moment de l'enquête, le nombre d'enfants nés vivants et la parité moyenne. Tous âges confondus, la parité moyenne de "toutes les femmes" est de 3,2 enfants alors que celle des femmes actuellement en union s'élève à 4,1 enfants. La parité moyenne de l'ensemble des femmes augmente régulièrement avec l'âge, passant de 0,3 enfant chez les femmes de 15-19 ans à 7,3 enfants chez celles de 45-49 ans. Ceci est également vrai pour les femmes actuellement en union, la parité passant de 0,8 enfant chez le groupe 15-19 ans à 7,5 enfants chez le groupe 45-49 ans.



Exceptés les moins de 25 ans, groupes dans lesquels la proportion de célibataires est assez importante, les écarts entre la parité moyenne des femmes en union et celle de l'ensemble des femmes sont assez faibles. A 45-49 ans, 22 pour cent de "toutes les femmes" et 24 pour cent des femmes en union ont dix enfants ou plus, et plus de 85 pour cent de ces deux groupes de femmes ont au moins cinq enfants.

La stérilité primaire est considérée comme une malédiction dans la société togolaise, et chaque femme cherche par tous les moyens à l'éviter. Ainsi, le pourcentage des femmes sans enfant diminue rapidement avec l'âge et devient négligeable vers la fin de la vie féconde de la femme: à 45-49 ans, moins de 3 pour cent seulement restent définitivement stériles. La stérilité primaire est moins importante chez les femmes actuellement en union (1,9 %) que chez l'ensemble des femmes (2,9 %).

La fécondité élevée est encore mise en évidence par les probabilités d'agrandissement (probabilité d'avoir au moins x + 1 enfants sachant que l'on a déjà au moins x enfants). Pour toutes les femmes de 45-49 ans, celles ayant pratiquement épuisé leur capacité de procréation, les probabilités d'agrandissement fournissent une autre mesure de la fécondité cumulée. La dernière ligne du tableau 3.4 (toutes les femmes) donne les valeurs de la probabilité d'agrandissement. Malgré quelques fluctuations, la tendance générale, comme on devait s'y attendre, est à la baisse. Cette baisse est evidente, surtout aux rangs 5 et 7. Mais d'une manière générale, les probabilités d'agrandissement attestent d'une fécondité cumulée encore élevée. Ainsi sur 10 femmes ayant 9 enfants presque 6 en auront au moins 10.

Le tableau 3.5 aborde la fécondité sous l'angle de la parité en fonction de la durée de vie maritale. Pour l'ensemble des femmes non-célibataires, on observe une nette augmentation du nombre moyen d'enfants nés vivants lorsque la durée depuis la première union augmente, quel que soit l'âge à la première union, passant de 1,1 enfant pour la durée 0-4 ans à 8,1 pour la durée de 30 ans ou plus.

Le tableau montre également qu'à durée maritale égale, le niveau de la fécondité semble moins élevé chez les femmes entrant en union très jeunes (à moins de 15 ans) que chez celles entrant en union

TABLEAU 3.4 REPARTITION (EN %) DES ENFANTS NES VIVANTS PARMI TOUTES LES FEMMES ET LES FEMMES EN UNION SELON L'AGE ACTUEL DE LA FEMME, EDST, 1988

Age de la femme	Enfants nés vivants 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	Total	Effectif	Parité moyenne
						Toutes les femmes								
15-19	78,6	17,8	2,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	724	0,3
20-24	26,0	30,1	28,0	12,7	2,6	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	661	1,4
25-29	7,7	12,7	21,5	23,9	18,4	10,8	2,7	1,9	0,3	0,0	0,0	100,0	620	2,9
30-34	3,1	4,4	6,7	12,3	19,8	20,3	17,5	10,0	4,2	1,3	0,4	100,0	479	4,6
35-39	3,0	3,2	3,5	8,9	7,8	18,4	15,4	17,3	10,0	6,8	5,7	100,0	370	5,7
40-44	0,8	3,0	3,8	1,9	4,6	14,1	12,9	14,8	18,6	11,8	13,7	100,0	263	6,9
45-49	2,9	1,2	2,9	2,5	5,3	11,5	9,1	14,8	11,9	15,6	22,2	100,0	243	7,3
TOTAL	24,5	13,4	11,9	10,2	8,3	8,9	6,4	5,9	4,1	3,0	3,4	100,0	3360	3,2
Probabilité d'agrandissement 45-49 ans	971	988	970	973	941	865	877	771	761	587				
						Femmes en union								
15-19	37,5	49,0	9,9	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	192	0,8
20-24	9,1	33,9	35,5	17,1	3,5	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	484	1,7
25-29	5,0	10,6	22,0	25,3	20,1	11,6	3,0	2,0	0,4	0,0	0,0	100,0	558	3,0
30-34	1,6	3,7	6,4	12,3	19,4	21,2	18,7	10,7	4,3	1,4	0,2	100,0	438	4,7
35-39	2,6	2,9	2,6	7,4	7,9	18,2	15,9	18,5	10,9	7,1	5,9	100,0	340	5,9
40-44	0,4	2,1	4,2	2,1	4,2	11,9	12,7	14,4	19,5	13,1	15,3	100,0	236	7,1
45-49	1,9	0,5	2,9	2,9	5,3	10,2	9,7	14,1	11,7	17,0	23,8	100,0	206	7,5
TOTAL	6,7	14,2	15,0	13,1	10,7	11,1	8,3	7,5	5,2	3,9	4,3	100,0	2454	4,1
Probabilité d'agrandissement 45-49 ans	981	995	970	969	942	882	873	788	777	583				

plus tardivement. Ceci s'explique sans doute par la sous-fécondité liée aux jeunes âges. Mais, par la suite après une durée de 25 ans depuis la première union les femmes entrées en union très jeunes finissent par rattraper les autres femmes.

3.4 L'ENTREE DANS LA VIE FECONDE

L'âge d'entrée dans la vie féconde est un important indice démographique. Il peut également servir d'indicateur de base de santé maternelle et infantile. La proportion de femmes qui deviennent enceintes avant 18 ans est une mesure de la fécondité des adolescentes qui peut avoir d'importantes conséquences sanitaires et sociales pour les femmes et les enfants.

L'âge d'entrée dans la vie féconde est mesurée ici par l'âge des femmes à la première naissance vivante. Le tableau 3.6 donne la répartition de toutes les femmes selon l'âge à la première naissance et l'âge actuel de la femme. Les âges médians à la première naissance sont également présentés pour toutes les cohortes dont au moins 50 pour cent des femmes ont eu une première naissance (groupes d'âges 20-24 ans ou plus).

TABLEAU 3.5 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS PARMI LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION ET LA DUREE DEPUIS LA PREMIERE UNION, EDST, 1988

Durée depuis la première union	Age à la première union						Tous les âges
	<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+	
0-4	0,9	1,1	1,1	1,3	0,9	1,7	1,1
5-9	2,0	2,5	2,6	2,5	2,5	3,0	2,5
10-14	4,0	4,2	4,2	4,0	4,1	*	4,1
15-19	5,5	5,7	5,7	5,4	5,3	*	5,6
20-24	6,3	7,0	6,8	6,2	6,1	*	6,6
25-29	7,6	8,1	7,2	6,9	*	-	7,5
30+	7,9	8,1	*	-	-	-	8,1
TOTAL	4,6	4,3	4,0	3,9	3,2	3,0	4,1

*Effectif moins de 20

TABLEAU 3.6 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE, A LA PREMIERE NAISSANCE ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME

Age actuel de la femme	Pas de naissance	Age à la première naissance						Total	Effectif	Age médian
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			
15-19	78,6	3,0	14,4	4,0	-	-	-	100,0	724	*
20-24	26,0	4,7	25,4	26,0	14,1	3,8	-	100,0	661	19,5
25-29	7,7	6,5	26,8	24,5	18,5	12,9	3,1	100,0	620	19,2
30-34	3,1	7,9	30,1	26,1	13,2	14,0	5,6	100,0	479	18,8
35-39	3,0	8,6	25,1	21,4	17,0	16,2	8,6	100,0	370	19,5
40-44	0,8	9,9	26,2	22,4	17,5	13,7	9,5	100,0	263	19,2
45-49	2,9	4,5	23,9	21,4	15,6	17,7	14,0	100,0	243	20,0
TOTAL	24,5	6,0	23,9	19,9	12,4	9,3	4,1	100,0	3360	*

*Pas de médiane

Les données sur l'âge à la première naissance dénotent une grande précocité de la fécondité au Togo. Sur l'ensemble des femmes, 6 pour cent ont eu leur première naissance avant l'âge de 15 ans, 30 pour cent avant 18 ans et 50 pour cent avant 20 ans.

Par ailleurs, il semble que l'âge médian à la première maternité par groupe d'âges des femmes ait peu changé selon les générations. Mais cette relative stabilité de l'entrée dans la vie féconde entre les générations cache des différences importantes au niveau des caractéristiques socio-démographiques comme l'indique le tableau 3.7.

TABLEAU 3.7 AGE MEDIAN A LA PREMIERE NAISSANCE DES FEMMES AGEES DE 20 A 49 ANS SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET L'AGE ACTUEL DE LA FEMME, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Age actuel						Tous les âges
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
MILIEU							
Urbain	21,4	20,4	19,2	20,6	20,2	20,9	20,5
Lomé	-	20,8	20,4	21,4	20,5	22,1	21,5
Autre Ville	19,4	19,7	18,2	19,2	19,8	20,3	19,2
Rural	18,9	18,7	18,6	19,1	18,8	19,6	18,9
REGION							
Maritime	21,0	19,9	19,8	20,6	20,6	20,7	20,4
Des Plateaux	19,4	18,9	18,5	19,3	19,6	19,4	19,1
Centrale	18,4	18,5	17,5	18,8	17,7	18,8	18,3
De la Kara	19,2	19,2	18,4	18,4	18,4	19,7	18,9
Des Savanes	18,4	18,7	18,1	17,7	18,1	*	18,3
INSTRUCTION							
Aucune instruction	18,6	18,7	18,6	19,3	19,4	20,2	18,9
Primaire	19,8	19,4	18,9	19,8	18,0	*	19,4
Secondaire	-	21,7	23,1	22,0	*	*	22,5
TOTAL	19,5	19,2	18,8	19,5	19,2	20,0	19,3

*Effectif moins de 20

Par milieu de résidence, il y a une différence de 1,6 ans de l'âge à la première naissance entre les femmes urbaines (20,5) et les femmes rurales (18,9). A Lomé l'âge médian atteint 21,5 ans.

Selon la région, les données montrent que la fécondité est plus tardive dans la Région Maritime (la région la plus urbanisée): l'âge médian à la première naissance vivante y est le plus élevé (20,4 ans). Viennent ensuite les Régions des Plateaux et de la Kara avec respectivement 19,1 et 18,9 ans. La fécondité la plus précoce est enregistrée dans les Régions Centrale et des Savanes qui ont un âge médian à la première naissance identique de 18,3 ans.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, l'âge médian à la première maternité est positivement corrélé avec le degré de scolarisation. Plus faible (18,9 ans) chez les femmes qui n'ont reçu aucune instruction, l'âge médian s'élève chez les femmes qui ont les niveaux primaire (19,4 ans) et secondaire (22,5 ans).

3.5 CONCLUSION

La fécondité au Togo reste élevée et assez stable bien qu'une légère tendance à la baisse semble se dessiner. Cette baisse pourrait peut-être s'expliquer par l'augmentation de l'âge à la première union et à la première naissance dans certains sous-groupes de femmes (les femmes urbaines, scolarisées...). On note une différence dans le comportement des femmes selon qu'elles résident dans un centre urbain ou dans une zone rurale. Le niveau de la fécondité reste très élevé chez les femmes "sans instruction" mais baisse au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la femme augmente.

La fécondité au Togo est très précoce et près de la moitié des femmes ont eu leur première naissance vivante avant 20 ans. L'âge médian à la première naissance est plus élevé dans les villes (20,5 ans) et paticulièrement à Lomé (21,5 ans) que dans la zone rurale (18,9 ans).

CHAPITRE IV

CONTRACEPTION

Au Togo, le problème de la contraception a été appréhendé sous différentes formes. Il fait partie des activités de différentes institutions du pays: l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) dans le secteur privé, et le Programme National pour le Bien-Etre Familial (PNBEF) dans le secteur public. Par ailleurs, plusieurs études ont également été menées sur la question. Citons entre autres: l'Enquête Fécondité du Sud-Est Togo (EFSE,1976), l'Arrivée du Prochain Enfant à Lomé (APEL,1983-84), Environnement Socio-culturel de la Fécondité au Togo (ESFT,1987).

L'enquête EDST a, pour sa part, consacré un volet important à la contraception: toute la section 3 du questionnaire individuel traite de différents aspects du problème. Ce sont les résultats de cette collecte d'informations qui sont livrés dans le présent chapitre.

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION ET DES SOURCES D'APPROVISIONNEMENT

Dans l'EDST, une femme est considérée comme connaissant une méthode contraceptive si elle a simplement "entendu parler" de cette méthode. Les informations sur la "connaissance" de la contraception ont été saisies à deux niveaux. Dans un premier temps, on demandait à la femme de citer les méthodes "qu'un couple peut utiliser pour retarder ou espacer une grossesse". Chaque méthode citée était alors considérée comme réponse "spontanée". Pour chaque méthode non citée, l'enquêtrice la décrivait et demandait à nouveau à la femme si elle en avait entendu parler. Dans le cas d'une réponse positive ("spontanée" ou après "description"), l'enquêtrice demandait à la femme si elle savait où elle pourrait se procurer cette méthode.

Les questions sur la contraception sont basées sur une liste de 13 méthodes qui se décompose en deux catégories:

- méthodes modernes: pilule, stérilet (DIU), injection, méthodes vaginales (crèmes, gelées, comprimés spermicides), condom, stérilisation féminine et stérilisation masculine;

- méthodes naturelles et traditionnelles: continence périodique (Ogino), retrait, abstinence prolongée, plantes médicinales, gris-gris et autres méthodes.

La grande majorité des femmes interrogées, qu'elles soient ou non en union, déclarent connaître au moins une méthode contraceptive (93,5 %) et une source d'approvisionnement (81,3 %) (tableau 4.1). S'agissant des méthodes spécifiques, traditionnelles ou modernes, le niveau de connaissance est peu différent: 80,8 pour cent des femmes déclarent connaître au moins une méthode moderne et 89,5 pour cent une méthode traditionnelle. Si on se limite au seules femmes actuellement en union, leur connaissance des méthodes contraceptives n'est que très légèrement supérieure à celle de l'ensemble des femmes: 95,8 pour cent déclarent connaître au moins une méthode, 81,4 pour cent une méthode moderne et 92,9 pour cent une méthode traditionnelle.

Le tableau 4.2 présente les pourcentages de femmes qui connaissent une méthode de contraception, soit spontanément, soit après une description de la méthode: près de deux femmes sur cinq (37.9 %) ont reconnu spontanément au moins une méthode et 90.5 pour cent après description. Une femme sur quatre connaît spontanément une méthode moderne (26 %), contre une femme sur cinq pour les méthodes traditionnelles (18,7 %). Après description, 79,3 pour cent des femmes ont déclaré connaître une des méthodes modernes, et 84,0 pour cent une des méthodes traditionnelles.

TABLEAU 4.1 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES ET DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT UNE METHODE SPECIFIQUE ET UNE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT, EDST, 1988

Méthode	Connait Méthode TF	Connait Méthode UN	Connait Source TF	Connait Source UN
N'IMPORTE QUELLE METHODE	93,5	95,8	81,1	81,3
METHODE MODERNE	80,8	81,4	78,1	78,6
Pilule	45,0	46,5	38,0	38,6
Stérilet	45,7	47,4	40,0	40,8
Injection	57,7	59,9	53,7	55,3
Crème,gelée,comp,sup.	26,6	25,9	24,4	23,7
Condom	37,1	35,9	31,4	29,9
Stér. féminine	68,2	69,0	67,2	68,0
Stér. masculine	12,8	14,0	12,1	13,1
METHODE TRADITIONNELLE	89,5	92,9	56,7	54,6
Continence périodique	52,4	50,8	48,8	46,7
Retrait	37,9	40,3	0,0	0,0
Abstinence	81,0	88,0	0,0	0,0
Plantes médicinales	23,9	25,0	21,4	21,9
Gris-Gris	13,5	13,7	11,7	11,6
Autres	3,5	3,3	3,2	3,1
EFFECTIF	3360	2454	3360	2454

TF = Toutes les femmes
UN = Femmes actuellement en union

Parmi les méthodes modernes, la pilule (13,4 %) et les injections (11,2 %) apparaissent comme les plus connues spontanément par les femmes; du côté des méthodes traditionnelles, ce sont l'abstinence (8,3 %) et la continence périodique ou Ogino (6,4 %) qui sont les méthodes les plus connues de façon spontanée. Après description des méthodes, la stérilisation féminine (65,1 %), les injections (46,6 %), le stérilet (37,4 %), le condom (32,6 %) et enfin la pilule (31,6 %) apparaissent comme les méthodes les plus connues des femmes. Pour ce qui est des méthodes traditionnelles, la proportion des femmes à avoir déclaré connaître des méthodes a, tout comme le cas précédent, augmenté de façon considérable après description des méthodes. Bien entendu, l'abstinence (72,7 %) et la continence périodique (46 %) demeurent toujours les méthodes les plus connues, mais d'autres méthodes, comme le retrait (36,9 %) ou les plantes médicinales (22,1 %), sont connues, après description, par beaucoup de femmes. Il ressort de ces résultats, que la plupart de ces méthodes, bien que connues des femmes, ne sont pas perçues par elles comme des moyens contraceptifs. Si c'est le cas, ceci signifie que les femmes ont besoin d'informations sur les moyens tant traditionnels que modernes de contrôle de la fécondité.

Les femmes en union, quelle que soit la tranche d'âge considérée, sont très nombreuses à avoir déclaré connaître une méthode moderne de contraception, de même qu'une source d'approvisionnement (Tableau 4.3). Les proportions varient de 73,8 pour cent chez les femmes de 45-49 ans à 83,7 pour cent dans le groupe des 25 à 29 ans. Ce sont les femmes d'âge compris entre 20 et 39 ans, exposées à un risque élevé de grossesse, qui sont les plus nombreuses à être au courant des méthodes modernes. Pour ce qui est de la connaissance de la source d'approvisionnement de ces méthodes, la situation est sensiblement la même que pour la connaissance des méthodes: ce sont les femmes à haut risque de grossesse (20-39 ans) qui connaissent le mieux l'endroit où elles pourraient obtenir un moyen moderne de contraception.

TABLEAU 4.2 POURCENTAGE DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE SPECIFIQUE SPONTANEMENT OU APRES DESCRIPTION, EDST, 1988

Méthode	Sponta-nément	Après de-scription
N'IMPORTE QUELLE METHODE	37,9	90,5
METHODE MODERNE	26,0	79,3
Pilule	13,4	31,6
Stérilet	8,4	37,4
Injection	11,2	46,6
Créme,gelée,comp,sup.	6,0	20,6
Condom	4,4	32,6
Stér. féminine	3,1	65,1
Stér. masculine	0,1	12,7
METHODE TRADITIONNELLE	18,7	84,0
Continence périodique	6,4	46,0
Retrait	1,0	36,9
Abstinence	8,3	72,7
Plantes médicinales	1,8	22,1
Gris-Gris	0,1	13,3
Autres	3,5	0,0
EFFECTIF	3360	3360

Les femmes en union et scolarisées sont les plus nombreuses à connaître une méthode contraceptive moderne: 98,0 pour cent des femmes d'instruction secondaire et 92,2 pour cent des femmes de niveau primaire contre 75,0 pour cent chez celles qui n'ont aucune instruction. Les pourcentages font apparaître également une meilleure connaissance des sources d'approvisionnement chez les femmes instruites.

Par rapport aux strates rurale et urbaine, les femmes en union du milieu urbain connaissent davantage les méthodes contraceptives modernes (92,6 %) et les sources d'approvisionnement (91,3 %) que celles du milieu rural (respectivement 76,9 % et 73,4 %). De plus, ces méthodes sont plus connues dans la Région Maritime (88,8 %) et celle des Plateaux (86,8 %) que dans les autres régions (Centrale, Kara et Savanes, respectivement 73,6 % , 74,4 % et 62,1 %). La proportion de femmes connaissant une méthode moderne est à peine plus importante à Lomé (93,1 %) que dans les autres villes (91,9 %). De même, à peu près autant de femmes ont déclaré connaître une source d'approvisionnement dans les autres villes qu'à Lomé. On peut en déduire qu'en milieu urbain, le système d'information en matière de planification familiale est peut-être assez efficace, ou que la population des villes s'arrange pour obtenir l'information. D'autre part, la proximité de la ville de Lomé explique certainement la meilleure connaissance des sources d'approvisionnement rencontrées dans la Région Maritime (86,2 %) et celle des Plateaux (85,4 %) par rapport aux autres régions (de 73,1 à 55,5 %).

Concernant l'endroit où, en cas de besoin, les femmes pourraient obtenir les différents moyens contraceptifs, l'hôpital apparaît comme la source d'approvisionnement la plus citée, surtout en ce qui concerne les méthodes modernes (tableau 4.4). Les proportions varient selon les méthodes: 66,3 pour cent pour le stérilet, 74,7 pour l'injection, 97,9 et 92,3 pour les stérilisations féminine et masculine. La pharmacie est la source d'approvisionnement la plus citée pour la pilule (38,0 %), pour les crèmes et gelées spermicides (43,3 %) et pour le condom (46,8 %). On peut noter que pour les crèmes et gelées

spermicides, les proportions en ce qui concerne les possibilités d'approvisionnement sont sensiblement les mêmes au marché (20,1 %) qu'à l'hôpital (22,3 %). Les femmes citent le marché à 18,3 pour cent pour la pilule et l'hôpital à 21,9 pour cent pour la même méthode. Les enquêtes précédentes (APEL et ESFT) avaient montré que divers produits contraceptifs comme les pilules et les comprimés, crèmes et gelées spermicides étaient disponibles au marché tout comme différents produits. A la question posée, "Où iriez-vous pour demander conseil sur l'Ogino?," les femmes ont répondu le plus souvent l'hôpital (26,2 %), l'école (12,3 %) et surtout les parents, amis...(42,7 %, dans la catégorie "autres").

TABLEAU 4.3 POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION CONNAISSANT UNE METHODE MODERNE ET CONNAISSANT UNE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Connaît méthode	Connaît source	Effectif
AGE			
15-19	76,6	71,9	192
20-24	82,4	79,1	484
25-29	83,7	81,7	558
30-34	83,6	81,3	438
35-39	81,2	78,2	340
40-44	80,9	77,5	236
45-49	73,8	70,9	206
MILIEU			
Urbain	92,6	91,3	705
Lomé	93,1	91,2	421
Autre Ville	91,9	91,5	284
Rural	76,9	73,4	1749
REGION			
Maritime	88,8	86,2	1018
Des Plateaux	86,8	85,4	547
Centrale	73,6	69,8	258
De la Kara	74,4	73,1	301
Des Savanes	62,1	55,5	330
INSTRUCTION			
Aucune instruction	75,6	72,4	1664
Primaire	92,2	89,9	593
Secondaire et plus	98,0	97,0	197
TOTAL	81,4	78,6	2454

4.2 PERCEPTION DES PROBLEMES POSES PAR L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

A toutes les femmes connaissant une méthode contraceptive, l'enquêtrice demandait "Quel est le problème majeur (s'il y en a) à utiliser cette méthode?"

TABLEAU 4.4 REPARTITION (EN %) DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT A LAQUELLE ELLES S'ADDRESSERAIENT EN CAS OE BESOIN, EDST, 1988

Sources	Pilule	Stérilet	Injection	Crème gelée	Condom	Stér. fém.	Stér. masc.	Cont. pér.	Plantes médic.	Gris-gris
PMI	0,5	0,5	0,7	0,3	0,2	0,1	0,2	1,4	0,0	0,2
Dispensaire	0,5	0,7	0,7	0,2	0,5	0,0	0,5	2,0	0,0	0,0
ATBEF	0,9	2,7	1,2	1,8	1,8	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0
Hopital	21,9	66,3	74,7	22,3	24,4	97,9	92,3	26,2	0,6	0,4
Centre do santé	1,7	6,3	7,4	1,2	2,6	0,2	0,2	5,4	0,0	0,0
Pharmacie	38,0	8,8	7,4	43,3	46,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Clinique privée	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Marché	18,3	1,2	0,2	20,1	5,7	0,0	0,0	0,2	25,0	13,3
Ecole	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	12,3	0,2	0,2
Autre	2,2	0,7	0,5	2,1	2,3	0,1	0,9	42,7	63,6	72,3
Ne sait pas	15,7	12,4	6,8	8,3	15,1	1,4	5,8	6,9	9,3	12,2
Non-déclaré	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	1,1	0,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	1513	1536	1940	894	1246	2292	430	1762	803	452

Concernant les méthodes modernes, les réponses obtenues sont de trois ordres (tableau 4.5):

- soit les femmes considèrent que l'utilisation des méthodes contraceptives ne pose aucun problème ("rien"), les proportions variant de 29,9 pour cent pour la pilule à 55,2 pour cent pour la stérilisation féminine;
- soit elles pensent qu'il y a des effets secondaires: de 8,8 pour cent pour le condom à 29,4 pour cent pour le stérilet et 31,9 pour cent pour la pilule;
- soit elles déclarent ne pas savoir si l'utilisation des méthodes pose des problèmes: entre 22,1 (crèmes et gélées spermicides) et 32,8 pour cent (stérilisation masculine).

TABLEAU 4.5 REPARTITION (EN %) DES FEMMES CONNAISSANT UNE METHODE SELON LE PRINCIPAL PROBLEME PERÇU A UTILISER CETTE METHODE, EDST, 1988

Principal problème perçu	Pilule	Stérilet	Injection	Crème gelée	Condom	Stér. fém.	Stér. masc.	Cont. pér.	Retrait	Abstinence	Plantes médic.	Gris-gris
Rien	29,9	31,0	44,5	37,7	41,8	55,2	51,2	60,8	0,0	0,0	33,5	45,1
Accès/disponibilité	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Coût	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Effets secondaires	31,9	29,4	20,8	30,8	8,8	14,7	12,6	0,7	0,0	0,0	36,5	9,7
Méthode inefficace	3,3	4,9	2,7	3,0	3,0	1,0	0,2	6,5	0,0	0,0	5,1	9,7
Opposition du mari	0,6	1,3	1,3	0,4	0,4	1,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,2
Usage difficile	3,8	3,0	1,0	4,4	13,6	1,3	0,5	13,8	0,0	0,0	2,6	3,8
Autre	1,1	0,7	0,4	1,2	2,6	2,1	2,3	0,1	0,0	0,0	0,7	0,9
Ne sait pas	28,8	29,2	28,4	22,1	29,2	23,7	32,8	17,6	0,0	0,0	20,2	29,4
Non-déclaré	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	1,1	1,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
EFFECTIF	1513	1536	1940	894	1246	2292	430	1762	1275	2723	803	452

L'importance des proportions de femmes déclarant "ne pas savoir" s'il y a des problèmes à utiliser ces méthodes contraceptives modernes, ou déclarant que leur utilisation provoque des effets secondaires, met en évidence le besoin d'une information objective en matière de planification familiale, pour permettre aux femmes de choisir le moyen de contrôle de naissance qui leur convient le mieux.

Concernant les méthodes contraceptives traditionnelles, les problèmes posés par leur utilisation diffèrent selon la méthode:

- pour la continence périodique, la grande majorié des femmes (60,8 %) pensent qu'elle ne pose aucun problème, mais 13,8 pour cent reconnaissent que son utilisation est difficile et 6,5 pour cent qu'elle est inefficace;

- pour les plantes médicinales 36,5 pour cent des femmes parlent d'effets secondaires, 33,5 pour cent pensent que leur utilisation ne pose aucun problème et 20,2 pour cent ne savent pas; seule une faible proportion de femmes (5,1 %) déclarent que c'est une méthode inefficace;

- enfin pour les gris-gris, 45,1 pour cent des femmes enquêtées pensent que leur utilisation ne pose pas de problème, 29,4 pour cent ne savent pas, 9,5 pour cent parlent d'effets secondaires, mais seulement 9,5 pour cent avouent leur inefficacité.

4.3 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

La très grande majorité des femmes interrogées (66,5 %) ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie (tableau 4.6). Mais, parmi elles, 10,7 pour cent seulement ont utilisé une méthode moderne et 64,3 pour cent une méthode traditionnelle: l'abstinence est la méthode traditionnelle la plus utilisée (48,6 % des femmes). Quelle que soit la méthode, les femmes de 15-19 ans sont les moins représentées: environ une femme sur trois (35,6 %) est concernée. Ce résultat se comprend puisque les femmes de 15-19 ans sont au début de leur vie féconde, et dans un contexte social où la valeur de l'enfant continue d'être très importante, ces femmes sont nombreuses à désirer rapidement des enfants, et à vouloir ainsi faire la preuve de leur fertilité. Mise à part l'abstinence, les femmes ont déclaré avoir surtout utilisé la continence périodique (22,6 %) et le "retrait" (coït interrompu) (11,9 %). Bien que l'on considère la continence périodique comme une méthode traditionnelle, il a été clairement montré qu'à Lomé ce sont les femmes "modernes" qui la pratiquent le plus (Assogba, 1989).

Une femme sur dix seulement (10,7 %) a déclaré avoir eu recours à une méthode moderne. Trois méthodes semblent avoir été les plus utilisées: les crèmes et gelées spermicides (4,0 %), la pilule (3,9 %) et condom (3,9 %). Un pour cent des femmes seulement ont déclaré avoir eu recours à des méthodes comme le stérilet (1,4%) ou les injections (1,1 %).

Si l'on considère les femmes actuellement en union, la situation est sensiblement la même que pour tout l'échantillon (Tableau 4.6): ce sont les mêmes méthodes qui sont le plus couramment utilisées. Cependant, au niveau global, les femmes en union sont sensiblement plus nombreuses à avoir utilisé une méthode quelconque (73,5 %), et leur choix s'est porté essentiellement sur les méthodes traditionnelles (71,3 %), et plus particulièrement sur l'abstinence (59,0 %), comme l'ensemble des femmes.

Etant donné la proportion importante de femmes ayant pratiqué la continence périodique (22,6 % de l'ensemble des femmes), il est important de vérifier le degré de fiabilité qui peut être accordé à cette méthode. Une façon d'obtenir cette information est d'évaluer le niveau de connaissance par les femmes du cycle menstruel: en effet, une des principales conditions d'efficacité de la continence périodique est la connaissance du cycle et, plus précisément de la période de fertilité au cours du cycle. Dans l'EDST, l'enquêtrice demandait aux femmes: "Au cours de son cycle menstruel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte?" On sait qu'en cycle normal la période de fertilité de la femme se situe au milieu du cycle menstruel (du 11è au 19è jour). On peut donc classer les réponses en trois catégories (tableau 4.7):

TABLEAU 4.6 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES ET DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION AYANT UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE A UN MOMENT QUELCONQUE SELON L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

	Méthode															
Age actuel	N'importe quelle méthode	Méthode moderne	Pilule	Stérilet	Injection	Crème gelée	Condom	Stér. fém.	Méthode trad.	Cont. pér.	Retrait	Abstinence	Plantes médic.	Gris-gris	Autres	Effectif
	Toutes les femmes															
15-19	35,6	8,1	1,9	0,1	0,3	4,1	4,0	0,0	33,7	19,9	6,8	13,7	1,0	0,0	1,5	724
20-24	67,9	12,3	4,5	0,8	1,2	4,5	5,1	0,2	65,5	30,6	13,5	41,8	1,7	0,2	0,9	661
25-29	76,8	11,6	4,5	2,1	1,1	5,0	5,0	0,2	75,2	28,5	14,5	57,9	1,0	0,2	1,3	620
30-34	79,7	13,4	5,6	1,5	1,5	4,0	4,2	1,0	76,2	20,5	15,7	64,9	1,9	0,4	1,0	479
35-39	78,6	10,3	4,3	3,0	0,8	3,8	2,2	1,1	76,5	18,9	11,6	67,3	0,3	0,3	0,3	370
40-44	76,4	10,3	3,8	3,0	1,1	3,0	1,9	2,3	74,1	13,7	10,3	67,3	0,8	0,4	0,8	263
45-49	73,7	7,4	2,1	0,8	2,9	0,8	1,2	1,6	72,4	14,0	10,7	67,1	0,4	0,4	0,0	243
TOTAL	66,5	10,7	3,9	1,4	1,1	4,0	3,9	0,6	64,3	22,6	11,9	48,6	1,1	0,2	1,0	3360
	Femmes actuellement en union															
15-19	47,4	9,4	3,1	0,5	1,0	4,7	3,6	0,0	45,8	15,6	9,4	30,2	1,6	0,0	0,5	192
20-24	69,4	9,9	3,9	0,6	1,2	3,3	3,7	0,2	67,1	24,2	13,2	50,2	2,1	0,2	0,6	484
25-29	76,3	10,4	4,1	2,2	0,9	4,8	4,3	0,0	74,6	26,3	14,3	59,3	0,9	0,2	1,1	558
30-34	80,6	12,6	5,0	1,4	1,1	3,4	3,9	0,9	77,2	19,4	15,8	66,7	1,8	0,5	0,9	438
35-39	77,6	9,1	3,2	2,9	0,6	4,1	2,1	0,9	75,3	17,1	12,1	66,5	0,3	0,3	0,3	340
40-44	77,1	9,7	3,4	2,5	0,8	3,4	1,7	1,7	74,6	13,6	11,4	67,4	0,4	0,4	0,4	236
45-49	73,8	7,8	2,4	1,0	2,9	0,5	1,5	1,5	72,8	13,1	11,2	67,5	0,5	0,5	0,0	206
TOTAL	73,5	10,1	3,8	1,6	1,1	3,7	3,3	0,6	71,3	20,2	13,1	59,0	1,2	0,3	0,7	2454

- connaissance: "milieu du cycle";

- connaissance douteuse: "juste après les règles" ou "juste avant les règles". Ces réponses sont trop imprécises pour être considérées comme exactes, cependant, selon l'idée que les femmes se font du "juste avant" ou du "juste après",il se peut que certaines y incluent la période de fertilité;

- méconnaissance: "pendant les règles", "n'importe quand", "ne sait pas", "autre".

TABLEAU 4.7 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES ET DES FEMMES AYANT UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE SELON LEUR CONNAISSANCE DE LA PERIODE DE FERTILITE AU COURS DU CYCLE MENSTRUEL

Connaissance	Toutes les femmes	Femmes ayant utilisé la continence périodique
CONNAIT		
Milieu de cycle	26,8	58,0
CONNAISSANCE DOUTEUSE		
Juste après règles	33,2	32,2
Juste avant règles	2,1	2,9
NE CONNAIT PAS		
Pendant ses règles	0,7	0,5
N'importe quand	4,6	0,8
Autre	0,4	0,0
Ne sait pas	32,1	5,5
NON DECLARE	0,1	0,1
TOTAL	100,0	100,0
EFFECTIF	3360	761

Au niveau de l'ensemble des femmes, 26,8 pour cent seulement ont pu situer correctement cette période; 35,3 pour cent en ont une idée douteuse et 37,8 pour cent ignorent totalement la période d'ovulation. Cependant, lorsqu'on se limite aux seules femmes qui ont pratiqué la continence périodique, 58,0 pour cent d'entre elles connaissent de façon précise la période d'ovulation, 35,1 pour cent la situent assez mal et seulement 6,8 pour cent n'en ont aucune idée. La majorité des femmes (plus de 58,0 %) ayant pratiqué la continence périodique situent correctement la période de fertilité dans le cycle et, par conséquent, ont eu effectivement de forte chances d'être protégées d'une grossesse éventuelle en utilisant cette méthode.

4.4 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Dans l'EDST, l'utilisation actuelle de la contraception se définit comme l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive au moment de l'interview par l'ensemble des femmes enquêtées.

Une femme enquêtée sur trois (33,0 %) a déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive (tableau 4.8). Au niveau de l'âge, les proportions d'utilisatrices varient à la hausse des plus jeunes (21,5

TABLEAU 4.8 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES ET DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA METHODE UTILISEE ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

			Méthode														
Age actuel	N'importe quelle méthode	Méthode moderne	Pilule	Stérilet	Injection	Crème gelée	Condom	Stér. fém.	Méthode trad.	Cont. pér.	Retrait	Abstinence	Plantes médic.	Gris-gris	Autres	N'utilise pas act.	Total	Effectif
								Toutes les femmes									
15-19	21,5	3,0	0,6	0,0	0,0	1,5	1,0	0,0	18,5	11,5	1,4	5,0	0,0	0,0	0,7	78,5	100,0	724
20-24	36,6	2,7	0,5	0,5	0,2	0,6	0,9	0,2	33,9	15,6	1,8	16,3	0,2	0,0	0,0	63,4	100,0	661
25-29	36,5	2,9	0,3	1,0	0,2	0,6	0,6	0,2	33,2	10,3	2,7	19,7	0,0	0,3	0,5	63,5	100,0	620
30-34	39,7	4,2	1,3	0,8	0,4	0,4	0,2	1,0	35,5	6,5	3,1	25,5	0,2	0,0	0,2	60,3	100,0	479
35-39	37,8	4,6	1,1	1,4	0,0	0,8	0,3	1,1	33,2	5,9	1,9	25,4	0,0	0,0	0,0	62,2	100,0	370
40-44	36,5	4,6	0,4	0,4	0,4	0,8	0,4	2,3	31,9	5,3	1,1	24,7	0,0	0,0	0,8	63,5	100,0	263
45-49	24,3	3,3	0,0	0,4	0,8	0,0	0,4	1,6	21,0	2,5	1,2	17,3	0,0	0,0	0,0	75,7	100,0	243
TOTAL	33,0	3,4	0,6	0,6	0,2	0,8	0,6	0,6	29,5	9,6	2,0	17,5	0,1	0,1	0,3	67,0	100,0	3360
								Femmes actuellement en union									
15-19	16,7	2,1	0,5	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	14,6	2,1	0,5	12,0	0,0	0,0	0,0	83,3	100,0	192
20-24	33,9	1,9	0,0	0,6	0,2	0,4	0,4	0,2	32,0	9,1	2,3	20,5	0,2	0,0	0,0	66,1	100,0	484
25-29	34,9	2,5	0,2	1,1	0,0	0,7	0,5	0,0	32,1	8,2	3,0	20,3	0,0	0,4	0,5	65,1	100,0	558
30-34	39,0	3,7	0,9	0,9	0,2	0,5	0,2	0,9	35,4	5,9	3,4	25,8	0,0	0,0	0,2	61,0	100,0	438
35-39	37,4	4,7	1,2	1,5	0,0	0,9	0,3	0,9	32,6	4,7	2,1	25,9	0,0	0,0	0,0	62,6	100,0	340
40-44	37,3	4,2	0,4	0,4	0,4	0,8	0,4	1,7	33,1	5,9	1,3	25,4	0,0	0,0	0,4	62,7	100,0	236
45-49	26,2	3,4	0,0	0,5	1,0	0,0	0,5	1,5	22,8	2,9	1,5	18,4	0,0	0,0	0,0	73,8	100,0	206
TOTAL	33,9	3,1	0,4	0,8	0,2	0,6	0,4	0,6	30,7	6,4	2,3	21,8	0,0	0,1	0,2	66,1	100,0	2454

%) aux femmes de 30-34 ans (39,7 %), puis à la baisse jusqu'à 45-49 ans (24,3 %). La méthode la plus utilisée est l'abstinence (17,5 %), suivie de la continence périodique (9,6 %). L'ensemble des méthodes modernes ne sont utilisées que par 3,4 pour cent des femmes de l'échantillon.

S'agissant des femmes actuellement en union, on observe les mêmes tendances (tableau 4.8): 33,9 pour cent des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive et, essentiellement, l'abstinence (21,8 %); seules 12,1 pour cent des femmes en union utilisent une autre méthode que l'abstinence, il s'agit principalement de la continence périodique (6,4 %), du retrait (2,3 %) ou d'une des méthodes modernes (3,1 %).

Le tableau 4.9 présente les proportions de femmes en union utilisant actuellement une méthode contraceptive, en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques.

Au niveau des milieux d'habitat, c'est chez les femmes du milieu rural qu'on observe la plus forte proportion d'utilisatrices: 34,5 pour cent contre 31,1 à Lomé et 34,2 dans les autres villes. Cependant, les femmes du milieu rural utilisent presque uniquement les méthodes traditionnelles (32,8), et principalement l'abstinence (25,1 %); par contre, en milieu urbain et surtout à Lomé, l'utilisation des méthodes traditionnelles, bien que toujours majoritaire, se rencontre en plus faible proportion (23,8 %) et la continence périodique (9,7 %) est presqu'aussi utilisée que l'abstinence (10,2 %). Parmi les méthodes modernes (6,9 %), les femmes de Lomé utilisent principalement le stérilet (2,4 %), la pilule (1,4 %) et les crèmes et gelées et spermicides (1,4 %). Au niveau régional, on retrouve à peu près les mêmes tendances: les régions où se trouvent les plus fortes proportions de femmes utilisatrices sont celles où domine très largement l'usage des méthodes traditionnelles.

Si l'on fait intervenir le niveau d'instruction, la pratique actuelle de la contraception est plus intense chez les femmes qui ont le niveau d'instruction le plus élevée: elles sont en effet 42,1 % pour cent à utiliser actuellement une méthode contraceptive contre une femme sur trois chez celles qui n'ont pas été scolarisées et celles qui n'ont pas dépassé le niveau primaire (respectivement 33,5 et 32,0 %). En ce qui concerne la nature des méthodes, dans l'ensemble, les méthodes traditionnelles ont pratiquement la même fréquence dans un groupe que dans l'autre: trois femmes sur dix utilisent ces méthodes. Cependant, une différence notable apparaît lorsqu'on considère la nature même de la méthode. Ainsi, les plus instruites pratiquent en majorité la continence périodique (18,3 %), tandis que les femmes sans instruction pratiquent plutôt l'abstinence prolongée (25,1 %). L'utilisation des méthodes modernes est nettement plus importante chez les femmes les plus instuites: en effet, si dans ce groupe 12,2 pour cent de femmes utilisent des méthodes modernes, il y en a moins de quatre pour cent (3,9 %) chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et 1,7 pour cent seulement chez les femmes sans instruction. Le stérilet est la méthode moderne la plus utilisée par les femmes à niveau d'instruction élevée (4,1 %); elles utilisent également les crèmes et gelées spermicides (2,5 %), le condom (2,0 %) et la pilule (2,0 %).

Si l'on tient compte du nombre de naissances vivantes, les femmes nullipares sont évidemment les moins nombreuses (6,3 %) à utiliser actuellement une méthode contraceptive. La proportion d'utilisatrices augmente avec la parité: ainsi, les proportions passent de 26,8 pour cent pour les femmes qui n'ont eu qu'une naissance vivante à 41,4 pour cent pour celles qui ont eu au moins quatre naissances.

Parallèlement à l'augmentation des proportions en fonction de la parité, on observe une augmentation de l'utilisation des méthodes traditionnelles (de 23,7 % pour les femmes unipares à 37,3 % pour les femmes ayant quatre enfants ou plus) et plus particulièrement de l'abstention (de 14,5 % pour les femmes unipares à 29,2 % pour les femmes ayant quatre enfants et plus). L'usage des méthodes modernes restent toujours très faible: entre 2,2 et 2,9 pour cent chez les femmes ayant 1 à 3 enfants et 4,1 pour cent chez les femmes ayant quatre enfants et plus.

Le tableau 4.10 présente la répartition des femmes non-célibaraires, selon le nombre d'enfants vivants au moment de la première utilisation de la contraception et l'âge actuel. Parmi ces femmes, 26,4

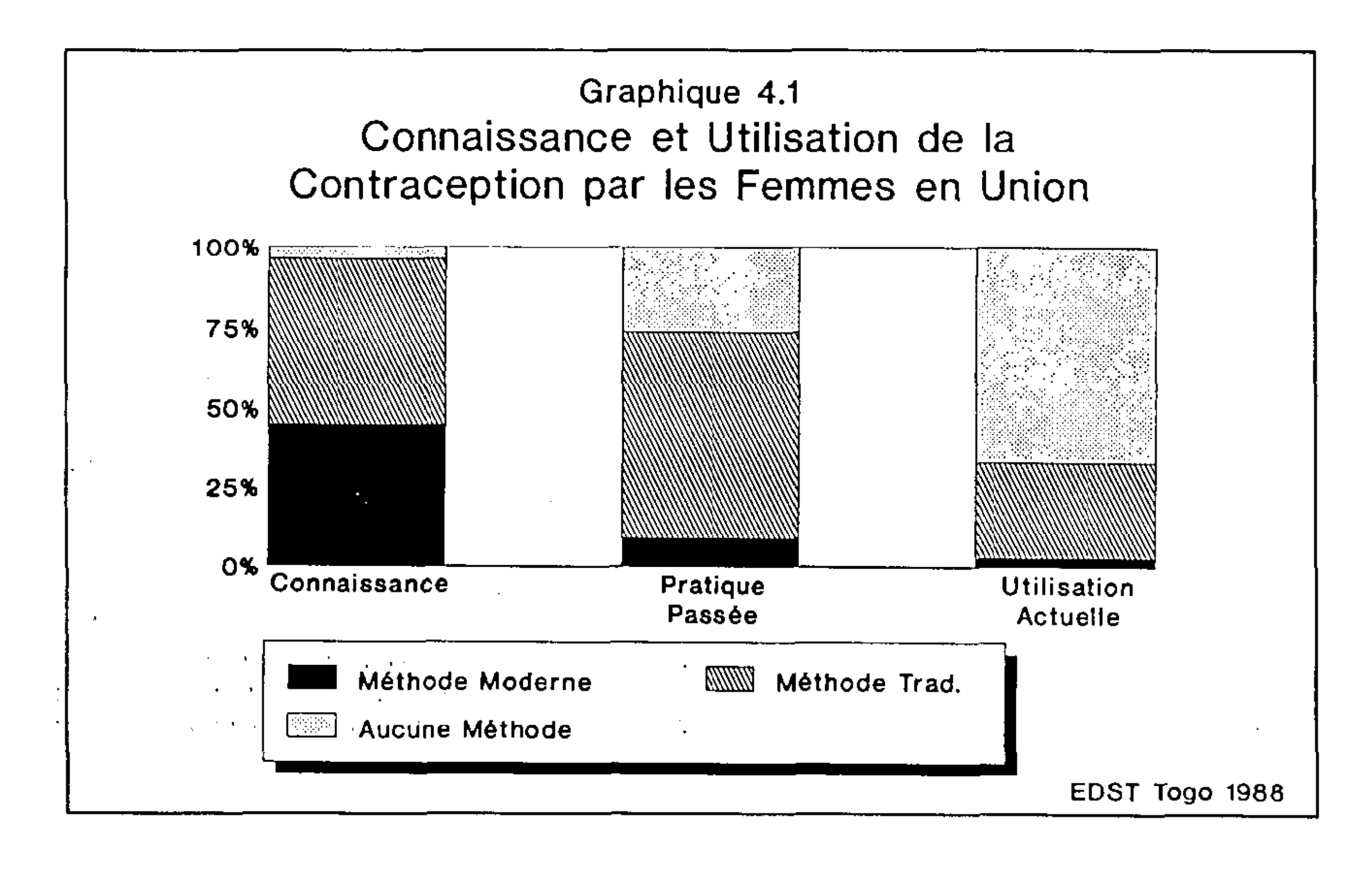
TABLEAU 4.9 REPARTITION (EN %) DES FEMMES EN UNION SELON LA METHODE CONTRACEPTIVE ACTUELLEMENT UTILISEE, ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	N'importe quelle méthode	Méthode moderne	Méthode													N'utilise pas act.	Total	Effectif
			Pilule	Stérilet	Injection	Crème gelée	Condom	Stér. fém.	Méthode trad.	Cont. pér.	Retrait	Plantes médic.	Abstinence	Gris-gris	Autres			
MILIEU																		
Urbain	32,3	6,5	1,1	2,0	0,6	1,4	0,9	0,6	25,5	9,4	2,3	0,4	13,5	0,0	0,3	67,7	100,0	705
Lomé	31,1	6,9	1,4	2,4	0,5	1,4	0,7	0,5	23,8	9,7	3,1	0,7	10,2	0,0	0,5	68,9	100,0	421
Autre Ville	34,2	6,0	0,7	1,4	0,7	1,4	1,1	0,7	28,2	8,8	1,1	0,0	18,3	0,0	0,0	65,8	100,0	284
Rural	34,5	1,7	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,6	32,8	5,1	2,3	0,1	25,1	0,1	0,0	65,5	100,0	1749
REGION																		
Maritime	31,5	4,6	0,6	1,3	0,3	1,2	0,6	0,7	26,7	7,5	3,8	0,3	15,1	0,0	0,2	68,5	100,0	1018
Des Plateaux	27,4	2,4	0,5	0,5	0,2	0,0	0,0	1,1	25,0	7,3	2,9	0,2	14,6	0,0	0,0	72,6	100,0	547
Centrale	25,6	1,9	0,4	0,8	0,0	0,4	0,0	0,4	23,6	3,5	0,4	0,0	19,8	0,0	0,0	74,4	100,0	258
De la Kara	44,2	3,3	0,3	0,7	0,3	0,7	1,0	0,3	40,9	10,0	0,3	0,3	30,2	0,0	0,0	55,8	100,0	301
Des Savanes	48,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	48,5	0,3	0,0	0,0	47,9	0,3	0,0	51,2	100,0	330
INSTRUCTION																		
Aucune instruction	33,5	1,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,5	31,8	4,3	2,2	0,1	25,1	0,1	0,0	66,5	100,0	1664
Primaire	32,0	3,9	0,5	1,2	0,2	1,0	0,2	0,8	28,0	8,3	2,7	0,5	16,5	0,0	0,2	68,0	100,0	593
Secondaire et plus	42,1	12,2	2,0	4,1	1,0	2,5	2,0	0,5	29,4	18,3	2,0	0,0	9,1	0,0	0,5	57,9	100,0	197
ENFANTS VIVANTS																		
0	6,3	1,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	1,0	4,4	2,9	0,0	0,0	1,5	0,0	0,5	93,7	100,0	205
1	26,8	2,9	0,5	0,5	0,0	1,0	0,7	0,2	23,7	7,5	1,4	0,2	14,5	0,0	0,2	73,2	100,0	414
2	32,7	2,2	0,2	1,0	0,2	0,2	0,2	0,2	30,5	8,2	2,9	0,2	19,2	0,0	0,0	67,3	100,0	416
3	37,1	2,6	0,5	0,5	0,0	0,3	0,3	1,0	34,5	7,3	3,4	0,5	23,1	0,3	0,0	62,9	100,0	385
4+	41,4	4,1	0,6	1,2	0,3	0,9	0,5	0,7	37,3	5,5	2,5	0,1	29,2	0,0	0,0	58,6	100,0	1034
TOTAL	33,9	3,1	0,4	0,8	0,2	0,6	0,4	0,6	30,7	6,4	2,3	0,2	21,8	0,0	0,1	66,1	100,0	2454

pour cent ont déclaré n'avoir jamais pratiqué la contraception, 11,4 pour cent l'ont déjà utilisé pour la première fois alors qu'elles n'avaient aucun enfant, 52,0 pour cent (11,4 % + 40,6 %) alors qu'elles avaient un enfant ou moins et 62,0 pour cent (52,0 % + 10,0 %) alors qu'elles avaient deux enfants au moins. La première utilisation de la contraception se situe donc en majorité chez des femmes à parité faible: il s'agit beaucoup plus d'un espacement des naissances que d'un désir d'en limiter le nombre, comme l'atteste l'utilisation presque exclusive des méthodes traditionnelles (graphique 4.1), en particulier l'abstinence (tableaux 4.6 et 4.8).

TABLEAU 4.10 REPARTITION (EN %) DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS AU MOMENT DE LA PREMIERE UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

Age	Jamais utilisé	Nombre d'enfants vivants 0	1	2	3	4+	Non-dé-claré	Total	Ef-fec-tif
15-19	52,3	22,3	24,4	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	197
20-24	30,9	20,4	40,5	6,4	1,0	0,0	0,8	100,0	501
25-29	23,3	15,1	46,7	8,4	4,5	1,9	0,2	100,0	584
30-34	20,1	7,3	43,4	14,3	8,1	6,2	0,6	100,0	468
35-39	21,6	4,9	38,0	14,5	9,6	11,2	0,3	100,0	366
40-44	23,3	3,1	40,8	10,3	7,3	14,9	0,4	100,0	262
45-49	26,3	2,5	37,0	12,8	5,3	14,0	2,1	100,0	243
TOTAL	26,4	11,4	40,6	10,0	5,2	5,9	0,6	100,0	2621



Les proportions de femmes ayant utilisé pour la première fois la contraception alors qu'elles étaient nullipares varient à la baisse des âges les plus jeunes (22,3 % chez les 15-19 ans) aux plus élevés (2,5 % chez les 45-49 ans). On pourrait penser que les jeunes générations ont plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant. Par contre, pour les femmes commençant la pratique de la contraception après la venue du 1è enfant (40,6 %), on note très peu de différences entre les femmes de 20-24 ans et celles plus âgée: cette pratique semble donc ne pas avoir changé dans les générations. Les femmes togolaises ont toujours été nombreuses à avoir utilisé des méthodes contraceptives (traditionnelles), très tôt dans leur vie féconde.

4.5 SOURCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

On a demandé aux femmes qui utilisent actuellement la contraception d'identifier l'endroit où elles se sont procurées leurs méthodes (tableau 4.11).

TABLEAU 4.11 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES UTILISANT ACTUELLEMENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE D'APPROVISIONNEMENT OU UNE METHODE CLINIQUE SELON LA SOURCE LA PLUS RECENTE, EDST, 1988

Source	Méthodes d'approvisionnement	Méthodes cliniques	Ensemble des méthodes modernes
SECTEUR PUBLIC	20,3	80,5	41,8
Hôpital	16,2	75,6	37,4
Dispensaire	1,4	0,0	0,9
Centre de santé	2,7	4,9	3,5
SECTEUR PRIVE	59,5	17,0	44,4
Pharmacie	35,1	0,0	22,6
Clinique privée	4,1	2,4	3,5
ATBEF	5,4	14,6	8,7
Marché	14,9	0,0	9,6
Autres	9,5	0,0	6,1
Ne sait pas	10,8	0,0	7,0
Non-déclaré	0,0	2,4	0,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	74	41	115

Pour l'ensemble des méthodes modernes, les femmes s'adressent pratiquement autant au secteur public (41,8 %) qu'au secteur privé (44,4 %): l'hôpital (secteur public) arrive en tête (37,4 %), puis la pharmacie (secteur privé), avec 22,6 pour cent des femmes.

En ce qui concerne les méthodes d'approvisionnement (pilule, condom, injection et méthodes vaginales), les femmes les obtiennent essentiellement dans le secteur privé (59,5 %) et plus particulièrement à la pharmacie (35,1 %); le secteur public est beaucoup moins fréquenté (20,3 %) et, dans ce secteur, c'est l'hôpital qui arrive en tête (16,2 %). Il y a lieu de souligner la part importante de femmes qui s'approvisionnent au marché (14,9 %) où la qualité et l'efficacité des produits vendus peut poser de nombreux problèmes.

Pour obtenir les méthodes cliniques (DIU et stérilisation), les femmes se sont adressées essentiellement au secteur privé (80,5 %) et surtout à l'hôpital (75,6 %). Au niveau du secteur privé (17 %), il faut souligner le rôle relativement important que semble jouer l'ATBF (14,6 %).

4.6 RAISONS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION PAR LES FEMMES EXPOSES AU RISQUE DE GROSSESSE

Lors de l'EDST, l'enquêtrice demandait à toutes les femmes non-enceintes et non-utilisatrices de méthodes contraceptives, pourquoi elles n'utilisaient pas ces méthodes pour retarder où espacer leurs grossesses. Quel que soit leur âge, le désir d'avoir un autre enfant est la raison principale (pour plus d'un tiers des femmes) de non-utilisation de la contraception (tableau 4.12 et graphique 4.2); la raison évoquée ensuite est le manque d'information (21,7 %) qui apparaît plus important chez les jeunes femmes de moins de 30 ans (24,9 %) que chez celles de 30 ans et plus (18,5 %). Une part importante de femmes (8,8 %) considère également que l'usage de la contraception est mauvais pour la santé, et, là encore, ce sont les femmes les plus jeunes (et les moins informées) qui évoquent le plus ce motif (11,7 % contre 5,9 % chez les femmes de 30 ans et plus). L'opposition à la planification familiale (8,0 %) et les motifs religieux (3,0 %) sont enfin des causes de non-utilisation couramment évoquées, mais plus fréquemment par les femmes les plus âgées (9,5 % et 3,1 %) que par les plus jeunes (6,4 % et 2,9 %).

TABLEAU 4.12 REPARTITION (EN %) DES FEMMES EXPOSES AU RISQUE DE GROSSESSE SELON LA RAISON DE NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

	Age actuel		
Raison	<30	30+	Total
Mauv. pour la santé	11,7	5,9	8,8
Allaite	0,9	0,6	0,7
Trop chère	2,9	2,0	2,5
Manque d'information	24,9	18,5	21,7
Opposition à la PF	6,4	9,5	8,0
Religion	2,9	3,1	3,0
Difficulté d'accès	2,2	0,7	1,5
Sans objet	3,7	12,1	7,9
Désire un enfant	33,9	36,9	35,4
Autre	10,1	9,9	10,0
Non-déclaré	0,4	0,7	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	546	545	1091

Quand on demande aux femmes en union, non-utilisatrices actuellement de la contraception, si elles ont l'intention de l'utiliser dans l'avenir, 39,8 pour cent répondent qu'elles pensent l'utiliser (tableau 4.13): 25,6 pour cent dans un avenir proche (les 12 mois suivant l'enquête), 11,9 pour cent plus tard et 2,3 pour cent ne savent pas à quel moment. La majorité des femmes nullipares (76,4 %) ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception; celles qui en ont l'intention (15,8 %) sont peu nombreuses à manifester cette intention pour les 12 prochains mois (1,6 %). A partir de 2 enfants vivants (y compris la grossesse actuelle) l'intention d'avoir recours à la contraception ne varie pratiquement pas (de 43,2 % à 43,3 %). Cependant ce sont les femmes ayant 4 enfants vivants ou plus (y compris la grossesse actuelle) qui sont les plus nombreuses à manifester une intention de contraception dans un avenir proche (32,0 %).

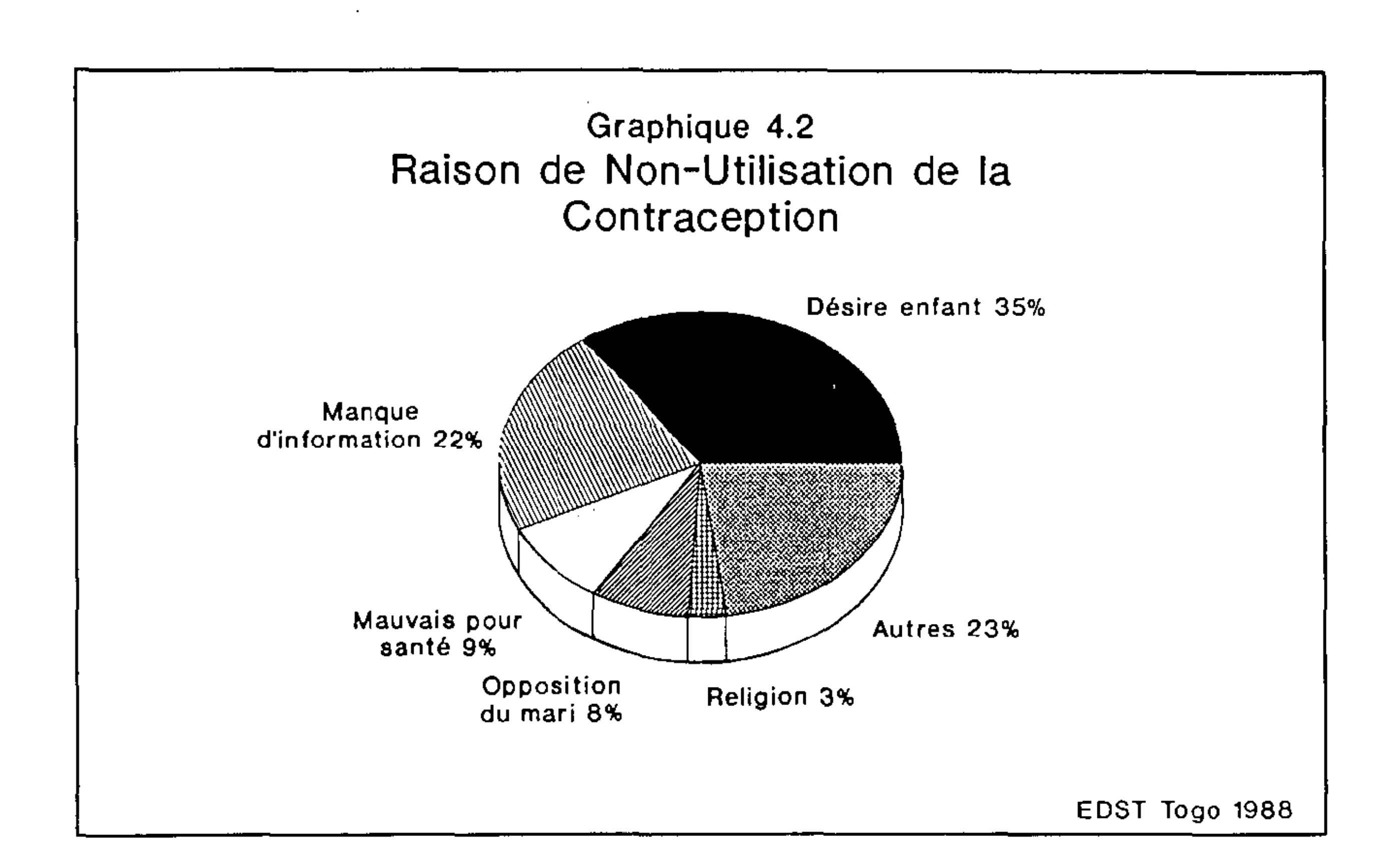


TABLEAU 4.13 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI N'UTILISENT ACTUELLEMENT AUCUNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON L'INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE), EDST, 1988

Intention d'utiliser	Nombre d'enfants vivants					
	0	1	2	3	4+	Total
En 12 prochains mois	6,8	26,4	25,0	26,4	31,0	25,6
Plus tard	15,6	12,9	14,3	14,9	7,9	11,9
Ne sait pas quand	1,6	1,7	2,5	2,9	2,6	2,3
Ne sais pas s'il	7,8	4,0	4,6	1,7	2,0	3,5
N'a pas intention	68,2	54,8	53,6	52,9	52,5	55,0
Non-déclaré	0,0	0,3	0,0	1,2	4,0	1,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	192	303	280	242	606	1623

Contrairement aux femmes en union ayant utilisé ou utilisant actuellement une méthode contraceptive, et qui pratiquent surtout des méthodes traditionnelles, en particulier l'abstinence comme on l'a indiqué plus haut (tableaux 4.5 et 4.8), les femmes qui ont l'intention de pratiquer la contraception dans l'avenir préfèrent, en très grande majorité (71,5 %), les méthodes modernes et essentiellement l'injection (38,3 %) et la pilule (21,4 %) (tableau 4.14). Seules 14,5 pour cent des femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir préféreraient utiliser l'abstinence et 10 pour cent la continence

périodique. Ceci dénote, peut-être, un changement d'attitude allant dans le sens d'une contraception plus efficace.

TABLEAU 4.14 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI N'UTILISENT PAS ACTUELLEMENT LA CONTRACEPTION MAIS AYANT L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR SELON LA METHODE PREFEREE ET L'INTENTION DE L'UTILISER DANS LES 12 PROCHAINS MOIS OU PLUS TARD, EDST 1988

	Intention d'utiliser		
Méthode préférée	Dans les 12 prochains mois	Plus tard	Total
Pilule	22,2	19,7	21,4
Stérilet	6,0	4,7	5,6
Injection	35,9	43,5	38,3
Crème, gelée, comp., sup.	3,4	1,0	2,6
Stér. fémin.	3,6	3,6	3,6
Abstinence périodique	10,8	8,3	10,0
Retrait	1,2	0,0	0,8
Abstinence	14,2	15,0	14,5
Plantes médicinales	0,7	0,5	0,7
Gris-Gris	1,0	1,6	1,2
Autre	1,0	2,1	1,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	415	193	608

4.7 ATTITUDES ET OPINIONS VIS-A-VIS DE LA CONTRACEPTION

Les attitudes et opinions des femmes vis-à-vis de la contraception sont appréhendées dans l'EDST sous trois aspects:

- approbation de la diffusion de l'information sur l'espacement des naissances à la radio et à la télévision;
- approbation de la contraception par la femme et le mari;
- discussion entre conjoints sur la contraception.

La grande majorité des femmes (79,2 %) est favorable à la diffusion d'informations sur l'espacement des naissances à la radio et à la télévision (Tableau 4.15). Quel que soit le groupe d'âges, les femmes sont toujours très favorables à ce type d'informations, mais les femmes de 20-34 ans, âges les plus féconds, y sont plus favorables (de 82,1 à 84,5 %) que les femmes plus âgées (de 74,1 à 78,7 %) et surtout que les plus jeunes (72,0 %) qui sont, peut-être, moins concernées par la question. Au niveau des milieux d'habitat, les femmes urbaines (86,0 %) approuvent plus largement la diffusion de ces informations (86,0 %) que les femmes rurales (75,5 %). De même, la proportion de femmes favorables augmente avec le niveau d'instruction: de 74,3 pour cent chez les femmes sans instruction à 92,6 pour cent chez les femmes ayant un niveau secondaire ou plus.

TABLEAU 4.15 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES QUI APPROUVENT LA DIFFUSION D'INFORMATIONS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, A LA RADIO ET A LA TELEVISION SELON L'AGE ACTUEL ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
MILIEU								
Urbain	79,3	87,8	91,6	90,9	84,8	88,2	76,2	86,0
Lomé	74,9	87,8	90,8	88,2	90,0	89,7	80,0	85,2
Autre Ville	87,0	87,9	93,2	96,2	76,2	86,2	71,4	87,3
Rural	66,9	78,4	80,4	79,7	74,4	75,4	73,3	75,5
REGION								
Maritime	69,5	83,9	82,9	83,2	87,1	82,0	72,6	79,7
Des Plateaux	68,0	80,8	89,0	85,7	71,1	78,3	67,2	77,7
Centrale	87,7	86,3	83,9	75,7	72,0	77,1	91,3	83,0
De la Kara	87,7	89,0	92,4	93,2	77,3	94,4	85,7	89,0
Des Savanes	63,3	67,5	73,5	75,0	55,0	53,1	64,3	66,3
INSTRUCTION								
Aucune instruction	63,6	74,9	78,5	78,8	74,9	74,2	72,9	74,3
Primaire	74,9	83,8	90,4	92,6	81,6	97,5	88,2	83,1
Secondaire et plus	83,2	96,6	95,7	95,1	95,0	100,0	100,0	92,6
TOTAL	72,0	82,1	84,5	83,3	77,6	78,7	74,1	79,2

Pour les femmes connaissant au moins une méthode, on a rapproché le point de vue des femmes sur la contraception à ce qu'en pense, d'après elles, leur mari (tableau 4.16): ce croisement permet d'appréhender la position des cellules familiales vis-à-vis de la planification familiale. Si deux femmes sur trois (68,9 %) ont déclaré approuver la contraception, seuls 36,8 pour cent des conjoints ont, d'après les femmes, la même opinion. Les maris apparaissent donc, de l'avis de leur femme, plus conservateurs que celle-ci. Au niveau du couple, 34,6 pour cent seraient d'accord avec la contraception; un couple sur cinq (20,6 %) la désapprouverait; dans un couple sur six (17,7%) la femme approuverait la contraception mais pas le mari; et enfin dans 2,0 pour cent des couples seulement, le mari l'approuverait mais pas la femme.

La situation qui présente beaucoup d'intèrêt est celle où la femme approuve alors que le conjoint désapprouve (17,7 %). En effet, ce sont là des cas qui justifient que les actions de sensibilisation en matière de planification familiale ne soit pas tournées dans la seule direction des femmes, mais aussi vers le mari. Ces résultats illustrent les difficultés auxquelles pourraient être confrontée une politique de contrôle de fécondité où, sur le plan de la famille, une femme qui souhaiterait pratiquer la contraception serait désavouée et certainement ne pourrait pas le faire, du fait de son conjoint. Il faut néanmoins reconnaître qu'un quart des femmes (24,7 %) n'ayant aucune idée de l'opinion de leur mari, les différences d'opinion entre mari et femme sont, peut-être, en réalité, beaucoup moins importantes qu'il n'apparaît ici, en particulier lorsque la femme approuve la contraception.

Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques retenues, il y a une relative homogénéité du point de vue des femmes: largement plus de la moitié des femmes approuvent la contraception (tableau 4.17). De la même façon, dans l'ensemble, les proportions de femmes qui pensent

TABLEAU 4.16 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT UNE METHODE DE CONTRACEPTION SELON L'OPINION DU MARI ET DE LA FEMME SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, EDST, 1988

	Opinion du mari					
Opinion de la femme	Désap-prouve	Ap-prouve	Ne sait pas	Non-dé-claré	Total	Ef-fec-tif
Désapprouve	20,6	2,0	8,1	0,0	30,7	722
Approuve	17,7	34,6	16,6	0,1	68,9	1618
Non-déclaré	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	10
TOTAL	38,4	36,8	24,7	0,2	100,0	2350
EFFECTIF	902	864	580	4	2350	2350

TABLEAU 4.17 POURCENTAGE DE FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION, CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE, QUI APPROUVE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET QUI DECLARENT QUE LEUR CONJOINT L'APPROUVE SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Femme approuve	Conjoint approuve	Effectif
AGE			
15-19	59,9	27,7	177
20-24	69,2	40,1	464
25-29	74,5	41,0	537
30-34	75,5	38,7	424
35-39	67,7	33,5	322
40-44	63,8	34,9	229
45-49	54,3	28,9	197
MILIEU			
Urbain	71,1	42,9	686
Lomé	70,3	42,5	414
Autre Ville	72,4	43,4	272
Rural	67,9	34,3	1664
REGION			
Maritime	64,3	35,3	982
Des Plateaux	63,2	34,0	530
Centrale	70,0	40,9	237
De la Kara	80,6	45,9	283
Des Savanes	81,1	34,6	318
INSTRUCTION			
Aucune instruction	66,1	30,7	1573
Primaire	72,6	43,9	581
Secondaire et plus	79,6	64,3	196
TOTAL	68,9	36,8	2350

que leur conjoint approuve la contraception varient peu par rapport aux caractéristique socio-démographiques des femmes. L'approbation des femmes (et des maris) est plus importante pour les femmes en âge de forte fécondité (20-39 ans) et plus faible pour les femmes jeunes et celles de 40 ans et plus. Que ce soit la femme ou le mari, les proportions d'approbation augmentent avec le niveau d'instruction de la femme: de 66,1 à 79,6 pour cent pour l'approbation de la femme et de 30,7 à 64,3 pour cent pour l'approbation du mari. De même au niveau des milieux d'habitat, les femmes (71,1 %) et les maris (42,9 %) approuvent davantage la contraception en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 67,9 % et 34,3 %).

Bien que 24,7 pour cent seulement des femmes aient déclaré ne pas connaître l'opinion de leur mari, 62,9 pour cent ont reconnu n'avoir jamais discuté avec eux de contraception durant l'année précédant l'enquête (tableau 4.18); 19,1 pour cent des couples en ont discuté une ou deux fois et 17,8 pour cent en ont discuté plus souvent. Là encore, les couples qui en ont discuté sont en plus forte proportion ceux dont la femme est en âge de fécondité élevé, 20-44 ans et surtout 20-34ans: les jeunes femmes (15-19ans) sont 74,0 pour cent et les plus âgées (45-49 ans) 71,6 pour cent à n'avoir jamais discuté de ce problème avec leur mari. Il semble donc que la contraception ne soit pas un sujet important de discussion dans les couples togolais: l'espacement des naissances ne fait peut-être pas partie, aujourdhui, de leurs préoccupations les plus importantes.

TABLEAU 4.18 REPARTITION (EN %) DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LE NOMBRE DE FOIS QU'ELLES ONT DISCUTE DE LA CONTRACEPTION AVEC LEUR CONJOINT AU COURS DE L'ANNEE DERNIERE ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

	Nombre de discussion					
Age actuel	Jamais	Une ou deux fois	Plus sou-vent	Non-dé-claré	Total	Ef-fec-tif
15-19	74,0	14,7	11,3	0,0	100,0	177
20-24	60,6	22,6	16,8	0,0	100,0	464
25-29	58,3	22,0	19,7	0,0	100,0	537
30-34	61,6	19,3	18,9	0,2	100,0	424
35-39	64,9	14,3	20,5	0,3	100,0	322
40-44	62,4	19,7	17,9	0,0	100,0	229
45-49	71,6	13,7	14,2	0,5	100,0	197
TOTAL	62,9	19,1	17,8	0,1	100,0	2350

4.8 CONCLUSION

La grande majorité des femmes togolaises connaissent au moins une méthode contraceptive (93,5%) et une source d'approvisionnement (81,3%). On note peu de différences entre la connaissance des méthodes modernes et celles des méthodes traditionnelles. Cependant, la majorité des femmes ne reconnaissent les méthodes qu'après description, ce qui signifie qu'elles ne sont pas toujours perçues comme des moyens contraceptifs.

Au moment de l'enquête, une femme sur trois utilisait une méthode contraceptive, mais il s'agissait, dans la plupart des cas, de méthodes traditionnelles et surtout de l'abstinence. Seulement 3 pour cent des femmes utilisaient une méthode moderne.

Un tiers des femmes n'utilisant pas actuellement la contraception évoquent comme raison le désir d'avoir un autre enfant et une femme sur cinq évoque le manque d'information. Pourtant, la plupart des togolaises approuvent la planification familiale (68,9%), et 40 pour cent des femmes non-utilisatrices actuellement ont l'intention de pratiquer la contraception dans l'avenir, et essentiellement des méthodes modernes (71,5%).. Il semble donc se dégager, pour l'avenir, un changement d'attitude allant dans le sens d'une contraception plus efficace: le manque d'information d'une part, la faible proportion des maris approuvant (d'après leur femme) la planification familiale, d'autre part, pourraient constituer des freins à ce changement.

CHAPITRE V

PREFERENCES EN MATIÈRE DE FECONDITE

Traditionnellement, les togolaises ont toujours pratiqué l'espacement des naissances. Comme l'ont montré différentes études démographiques qui ont traité du sujet (Locoh, 1984; Assogba et Locoh, 1985), cet espacement s'est surtout réalisé par le biais des déterminants proches dont l'allaitement maternel, l'abstinence post-partum et l'aménorrhée post-partum. La contraception moderne n'a pratiquement joué aucun rôle dans ce contrôle des naissances. Ce qui devient de plus en plus certain, c'est la réduction des périodes d'allaitement et d'abstinence liée à des facteurs de modernité tels que l'urbanisation, la scolarisation, etc. Si l'on tient compte de la faible prévalence de la contraception on peut penser qu'il y a une contradiction entre la taille de famille souhaitée et celle de la descendance réalisée et que celle-ci, vu les changements en cours au niveau des déterminants proches, risque d'augmenter de façon appréciable. L'EDST a abordé le sujet des préférences en matière de fécondité par le biais de questions concernant le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant, et la taille idéale de la famille.

Rappelons que les informations sur les attitudes et les opinions sur lesquelles se fonde l'analyse sont des indicateurs potentiels d'un comportement futur. Mais les données de ce type de recherche doivent être interprétées avec précaution du fait qu'elles proviennent de femmes qui en sont à différents moments de leur vie féconde.

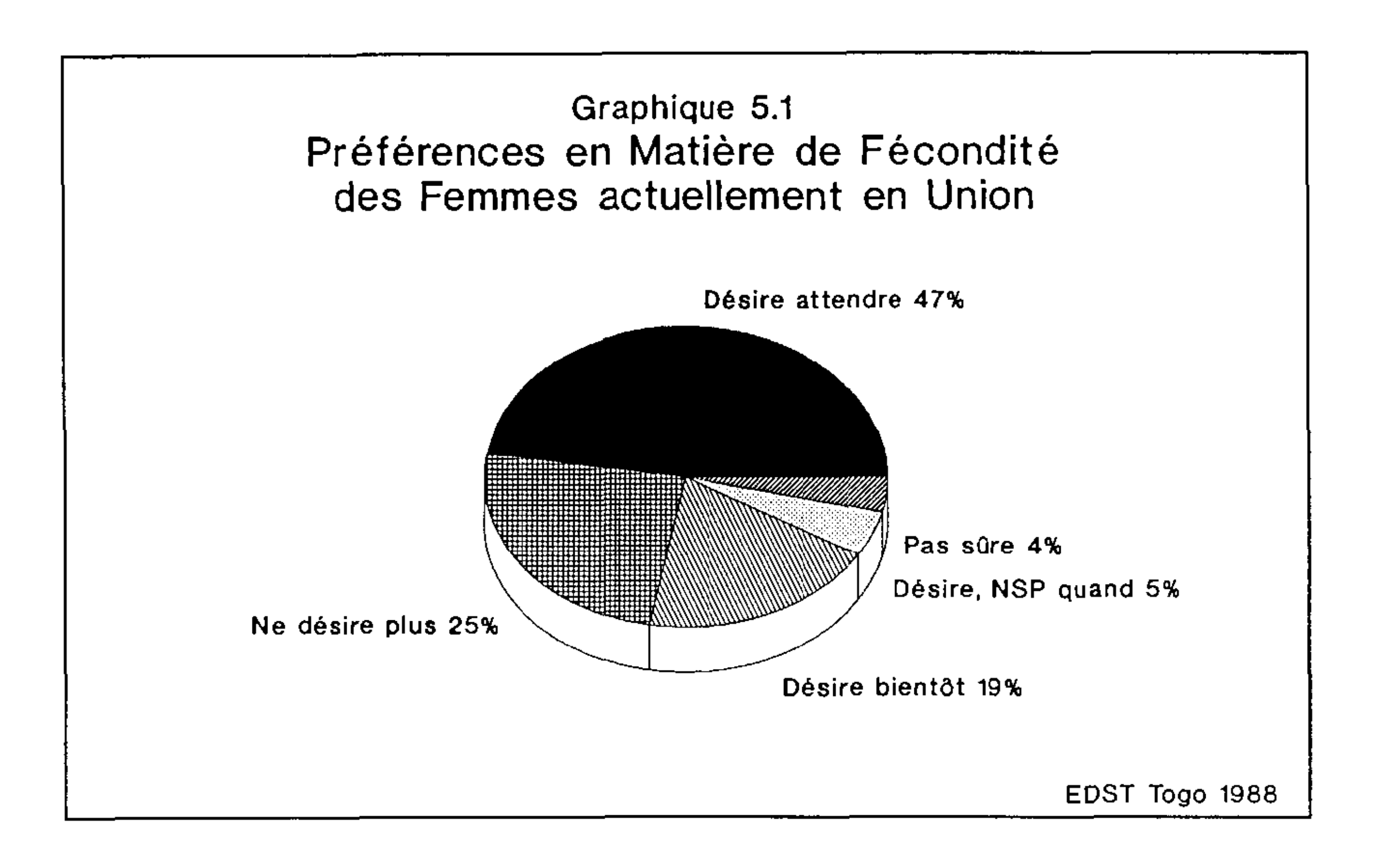
5.1 DESIR D'AVOIR DES ENFANTS

Le tableau 5.1 donne la répartition des femmes en union selon le désir d'avoir des enfants et le nombre d'enfants vivants.

TABLEAU 5.1 REPARTITION (EN %) DES FEMMES EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE), EDST, 1988

Préférence en matière de fécondité	Nombre d'enfants vivants							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
Veut un enfant en moins de 2 ans	52,1	24,4	23,5	18,2	16,0	10,3	10,0	19,2
Veut attendre 2 ans ou plus	5,0	70,2	65,1	60,3	50,0	37,4	18,3	47,3
Veut un enfant, mais NSP quand	40,7	3,4	4,0	3,6	2,6	1,7	1,3	4,9
Indécise	1,4	1,0	2,6	4,9	4,8	5,3	5,2	3,7
Ne veut plus d'enfant	0,7	1,0	4,8	13,1	26,6	45,4	65,2	24,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	140	409	421	390	312	302	480	2454

Presqu'une femme sur cinq en union (19,2 %) a manifesté le désir d'avoir un prochain enfant dans les deux années à venir et une femme sur deux (47,3 %) en voudrait après deux ans. Une femme sur quatre (24,8 %) a déclaré ne plus vouloir avoir du tout d'enfants supplémentaires (graphique 5.1).



Lorsqu'on fait intervenir la parité déjà atteinte par les femmes, les nullipares se distinguent par leur forte proportion à souhaiter avoir un enfant. Une femme nullipare sur deux souhaite un enfant dans les deux années à venir (52,1 %) et deux femmes sur cinq en veulent, mais ne savent pas quand cela pourra se faire (40,7 %). A partir d'une naissance vivante, les femmes deviennent relativement moins nombreuses à souhaiter avoir un enfant dans un avenir immédiat: d'une femme sur quatre (24,4 %) à souhaiter un enfant dans les deux prochaines années chez celles qui n'ont eu qu'une naissance vivante, on passe ainsi à une femme sur dix (10 %) chez celles qui en ont eu au moins six. La plupart des femmes en union de parité inférieure à 5 enfants souhaitent, entre 50 pour cent et 70 pour cent, avoir un enfant, mais au-delà de deux ans. Les femmes les plus nombreuses à souhaiter ne plus avoir d'enfants sont celles qui ont une parité au moins égale à quatre enfants (entre 26,6 % et 65,2 %), comme l'indique le graphique 5.2.

Les données sur le désir d'avoir des enfants selon l'âge, présentées dans le tableau 5.2, montrent que les femmes âgées de 35 ans ou plus sont les plus nombreuses à ne plus vouloir d'enfants. La proportion varie de 40,6 pour cent chez les femmes en union de 35-39 ans à plus de deux tiers (68,4 %) chez celles âgée de 45-49 ans. Ces femmes ont en effet déjà fait la preuve de leur fécondité et ont sans doute atteint la descendance qu'elles auraient voulu avoir. Les femmes des jeunes générations se retrouvent, en majorité, à vouloir un enfant, mais au-delà des deux prochaines années. Six femmes sur dix au moins sont dans cette situation chez les femmes âgées de moins de trente ans. C'est dans ces groupes de jeunes générations que se retrouvent également les femmes les plus nombreuses à vouloir un enfant dans les deux prochaines années: les proportions varient de 20,8 pour cent chez les femmes de 30-35 ans à 26 pour cent chez celles de 15-19 ans.

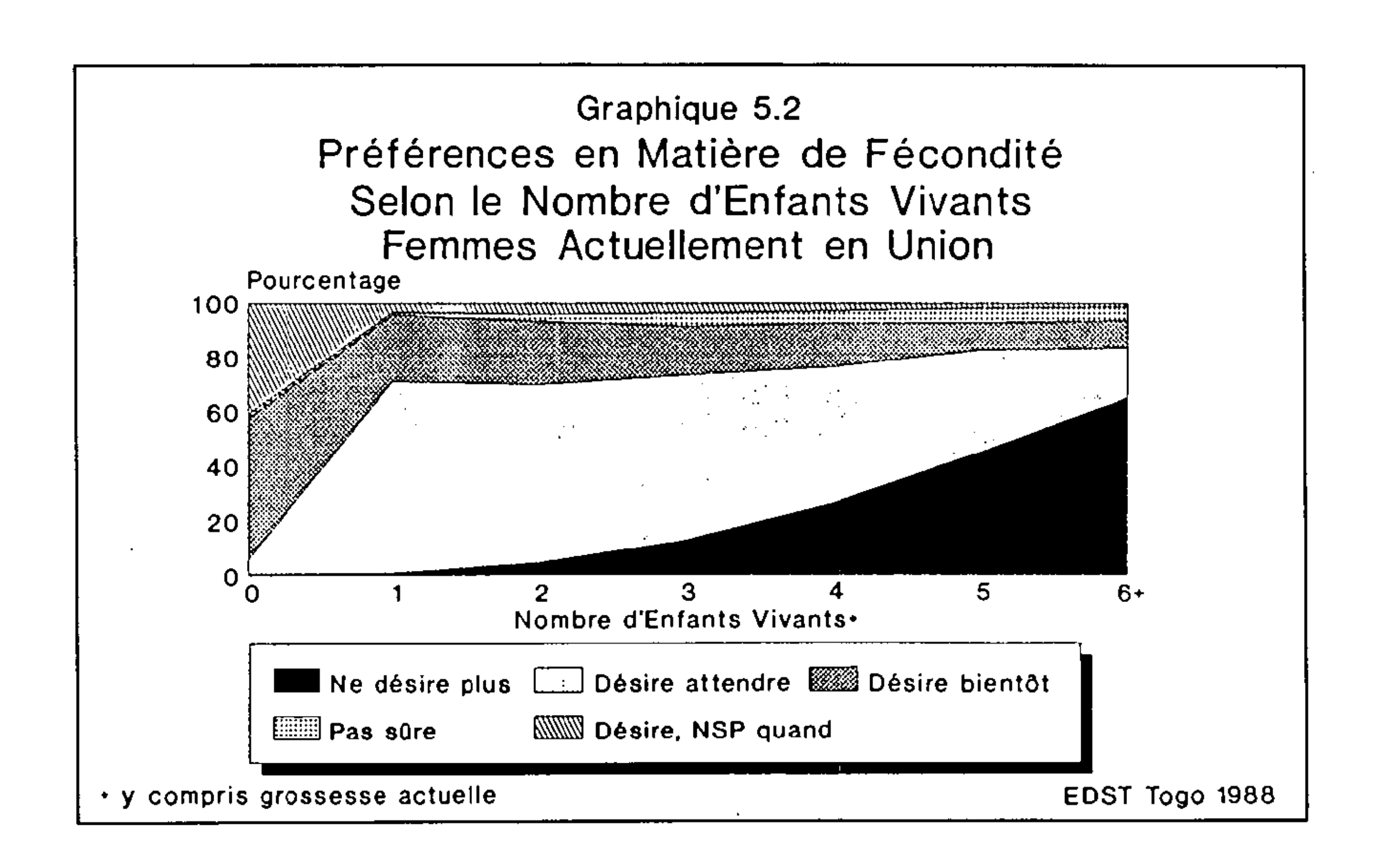


TABLEAU 5.2 REPARTITION (EN %) DES FEMMES EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET L'AGE ACTUEL, EDST, 1988

Préférence en matière de fécondité	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Veut un enfant en moins de 2 ans	26,0	15,7	23,1	20,8	16,8	18,6	12,1	19,2
Veut attendre 2 ans ou plus	60,9	72,9	61,3	42,2	32,4	14,8	8,7	47,3
Veut un enfant, mais NSP quand	10,9	5,0	3,8	3,9	6,2	3,4	4,4	4,9
Indécise	1,0	2,1	2,7	5,0	4,1	6,8	6,3	3,7
Ne veut plus d'enfant	1,0	4,3	9,1	28,1	40,6	56,4	68,4	24,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	192	484	558	438	340	236	206	2454

La situation observée ci-dessus est davantage nuancée en fonction des caractéristiques socio-démographiques comme le montre le tableau 5.3. Ainsi, lorsque l'on considère le milieu de résidence, les femmes urbaines ayant déjà atteint une descendance d'au moins trois enfants sont relativement très nombreuses à ne pas souhaiter avoir d'autres enfants. En milieu rural, cette préférence prend de l'importance seulement à partir de la parité quatre, et reste plus faible qu'en milieu urbain (44 % en milieu rural et 64 % en milieu urbain). Si l'on distingue la ville de Lomé, la proportion de femmes ne désirant

plus d'enfants après la parité trois, est encore plus importante que dans l'ensemble du milieu urbain (26,7 % à la parité trois et 66,9 % à partir du quatrième enfant). Au niveau régional, une femme sur cinq (20,1 %) dans la Région Maritime ne souhaite plus avoir d'enfants supplémentaires à partir de la troisième naissance; dans les mêmes conditions, il y en a 14,9 pour cent dans la Région des Plateaux, 7,3 pour cent dans la Région Centrale et 4,8 pour cent dans la Région de la Kara. Aucune femme ne se retrouve dans cette catégorie dans la Région des Savanes. A partir de la parité quatre, on en observe 58,4 pour cent dans la Région Maritime, 54,4 pour cent dans la Région des Plateaux, relativement moins dans la Région Centrale (40,2 %) et celle de la Kara (42,6 %) et beaucoup moins dans la région des Savanes (24,2 %).

TABLEAU 5.3 POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION QUI NE VEULENT PLUS D'ENFANT SELON LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE) ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Nombre d'enfants vivants					
	0	1	2	3	4+	Total
MILIEU						
Urbain	0,0	0,7	4,5	25,0	64,0	28,9
Lomé	0,0	0,0	6,4	26,7	66,9	29,9
Autre Ville	0,0	2,0	1,8	22,6	59,8	27,5
Rural	1,1	1,1	4,9	7,3	44,0	23,2
REGION						
Maritime	0,0	1,1	5,6	20,1	58,4	29,7
Des Plateaux	4,0	1,1	5,3	14,9	54,4	27,8
Centrale	0,0	0,0	4,4	7,3	40,2	20,9
De la Kara	0,0	0,0	4,0	4,8	42,6	20,6
Des Savanes	0,0	2,1	1,9	0,0	24,2	11,8
INSTRUCTION						
Aucune instruction	0,0	1,9	4,4	10,3	46,6	26,6
Primaire	2,6	0,0	4,3	13,7	54,6	21,1
Secondaire et plus	0,0	0,0	7,5	32,4	65,0	20,8
TOTAL	0,7	1,0	4,8	13,1	48,7	24,8

Pour ce qui est du niveau d'instruction, un tiers des femmes (32,4 %) ayant au moins le niveau secondaire ne souhaitent plus avoir d'enfants, contre 13,7 pour cent chez celles qui ont le niveau d'instruction primaire et 10,3 pour cent chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. Dès le quatrième enfant, deux femmes sur cinq (65 %) de niveau d'instruction secondaire ne souhaitent plus avoir d'enfant contre un peu plus d'une femme sur deux chez les femmes de niveau primaire (54,6 %) et un peu moins de la moitié des femmes sans instruction (46,6 %).

5.2 BESOIN FUTUR POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

A partir de ces résultats, il ne fait aucun doute qu'il y a un écart profond entre les objectifs des femmes en matière de fécondité et leurs comportements ou intentions pour les atteindre. En effet, vu les faibles proportions de femmes qui pratiquent actuellement la contraception, il y a des raisons de s'inquiéter sur les moyens dont disposeront ces femmes qui ne veulent plus d'enfants, pour atteindre leurs

objectifs de descendence, alors qu'elles sont non seulement en union, mais aussi en âge de procréer. Celles qui ne pratiquent aucune contraception constituent certainement une population de "femmes à protéger" par la contraception. Dans le tableau 5.4, on a sélectionné deux grands groupes de femmes:

- le premier groupe comprend les femmes en union qui seraient susceptibles d'utiliser maintenant ou dans l'avenir la contraception dans le but d'éviter une grossesse qui n'est pas désirée. Il s'agit des femmes fertiles qui n'utilisent pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête, et qui ne veulent plus d'enfant ou veulent retarder la prochaine naissance pour une période de deux ans au moins. Cette catégorie comprend également les femmes qui ne sont pas soumises à un risque immédiat de grossesse (femmes actuellement enceintes, en aménorrhée, ou non sexuellement actives).

- Le second groupe comprend les femmes qui ont les mêmes caractéristiques que celles du premier groupe et qui ont en plus l'intention de pratiquer une méthode contraceptive dans l'avenir.

TABLEAU 5.4 POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SUSCEPTIBLES DE PRATIQUER LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS L'AVENIR ET POURCENTAGE DE CELLES AYANT l'INTENTION D'ADOPTER UNE METHODE DANS L'AVENIR SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Susceptibles d'utiliser*			Ayant l'intention d'utiliser			Effectif
	Tous, Ne veut plus	Tous, Diffère	Tous, Total	Intent, Ne veut plus	Intent, Diffère	Intent, Total	
MILIEU							
Urbain	16,7	38,0	54,8	8,9	16,6	25,5	705
Lomé	19,0	38,5	57,5	9,5	15,0	24,5	421
Autre Ville	13,4	37,3	50,7	8,1	19,0	27,1	284
Rural	14,2	36,7	50,9	6,5	13,6	20,1	1749
REGION							
Maritime	17,6	37,2	54,8	7,9	13,4	21,2	1018
Des Plateaux	18,6	43,9	62,5	9,1	13,9	23,0	547
Centrale	14,7	42,2	57,0	6,2	18,6	24,8	258
De la Kara	10,0	31,2	41,2	7,0	14,6	21,6	301
Des Savanes	5,2	26,7	31,8	3,0	15,2	18,2	330
INSTRUCTION							
Aucune instruction	16,8	34,0	50,8	7,3	11,0	18,3	1664
Primaire	11,6	45,5	57,2	7,3	22,1	29,3	593
Secondaire et plus	8,6	37,6	46,2	6,6	20,3	26,9	197
TOTAL	14,9	37,1	52,0	7,2	14,4	21,6	2454

*On définit les femmes susceptibles d'utiliser par le fait qu'elles sont fertiles, n'utilisent pas la contraception au moment de l'enquête et ne désirent plus d'enfants ou bien désirent retarder la prochaine naissance de deux ans ou plus.

Pour l'ensemble du premier groupe, une femme en union sur deux (52 %) se trouve dans le besoin de pratiquer la contraception: les femmes ne voulant plus d'enfant (14,9 %) représentent 40 pour cent de celles qui veulent espacer leurs naissances (37,1 %). Selon le milieu de résidence, les femmes urbaines sont plus concernées que les rurales (54,8 % contre 50,9 %) et plus à Lomé que dans les autres villes (57,5 % contre 50,7 %).

Sur le plan des régions, les Plateaux viennent en tête avec trois femmes sur cinq (62,5 %) qui, soit ne souhaitent plus avoir d'autres enfants (18,6 %), soit en voudraient encore mais plus tard (43,9 %). La Région Centrale et la Région Maritime suivent avec plus de la moitié des femmes en union (57 % et 54,8 %); quant aux régions de la Kara et des Savanes, elles comptent respectivement 41,2 pour cent et 31,8 pour cent de femmes en union qui ont besoin d'être protégées. Selon le niveau d'instruction, les femmes d'instruction primaire sont relativement les plus nombreuses à être dans le besoin d'être protégée (57,2 %), suivies de celles sans instruction (50,8 %), et de celles ayant le niveau secondaire ou plus (46,2 %).

Si de façon générale, une femme en union sur deux ne dispose pas des moyens pour réaliser ses objectifs de fécondité, seulement une sur cinq (21,6 %) a manifesté l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir. Cette proportion est supérieure à celle trouvée au Sénégal: 19 pour cent (EDS,1986) et au Mali: 9,9 pour cent (EDS,1987). On constate que plus de la moitié des femmes en union qui ont besoin d'être protégées n'ont donc pas l'intention de recourir à la contraception pour atteindre leur objectif de descendance. Les variations de l'intention d'utiliser la contraception sont sensibles aux caractéristiques socio-démographiques mais les différences sont relativement faibles.

5.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DESIRES

Une autre manière de saisir la préférence des femmes en matière de fécondité est de connaître le nombre moyen total d'enfants qu'elles désirent. Pour saisir la taille idéale de la famille désirée, on a posé à toutes les femmes une des questions suivantes:

Pour les femmes qui n'ont pas d'enfant la question est formulée comme suit: "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez combien voudriez-vous en avoir?"

Pour les femmes qui ont des enfants, on a demandé: "Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?"

Plus la taille idéale de la famille va dans le sens d'une descendance élevée, plus la femme optera facilement pour des moyens appropriés de contrôle de la fécondité. Dans la société traditionnelle, pour favoriser l'objectif social de fécondité, l'espacement des naissances était le principal moyen et on l'obtenait par le biais des divers déterminants proches. Dans la société contemporaine en transition, il est fort probable que les normes aient aussi connu des changements. D'ailleurs le tableau 5.5 montre que si les femmes togolaises restent encore attachées à la famille nombreuse, elles désirent beaucoup moins d' enfants que les femmes sénégalaises ou maliennes: l'EDST donne un nombre total d'enfants désirés de 5,3 enfants parmi toutes les femmes et de 5,6 enfants parmi les femmes actuellement en union; au Sénégal le nombre idéal est de 7,0 enfants (EDS,1986), et au Mali, il est de 6,9 enfants (EDS,1987) parmi les femmes en union.

Il est à noter que presque toutes les femmes enquêtées ont donné des réponses numériques, et que 0,5 pour cent seulement ont donné des réponses non-numériques telles que "Ça dépend de Dieu". Ceci est la preuve d'une attitude qui est loin d'être fataliste comme c'est le cas dans d'autres pays africains. Le nombre idéal de 5,3 enfants parmi toutes les femmes est inférieur à l'ISF (6,6), ce qui indique que les changements de comportement en matière de reproduction pourraient se concrétiser si les femmes du Togo arrivaient à obtenir facilement des services en matière de contraception. Dans la plupart des cas,

deux modes apparaissent dans la répartition des réponses: quatre enfants et six enfants. Les femmes qui ont une descendance inférieure à trois ont déclaré un nombre idéal d'environ cinq enfants alors que celles qui en ont eu au moins trois ont déclaré un nombre idéal de plus de cinq enfants en moyenne.

TABLEAU 5.5 REPARTITION (EN %) DE TOUTES LES FEMMES SELON LE NOMBRE IDEAL D'ENFANTS ET LE NOMBRE ACTUEL D'ENFANTS VIVANTS (Y COMPRIS LA GROSSESSE ACTUELLE), EDST, 1988

Nombre total d'enfants désirés	Nombre d'enfants vivants							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1
1	1,0	0,4	0,2	0,2	0,0	0,9	0,6	0,5
2	12,4	6,9	4,0	4,5	4,5	6,0	6,1	7,1
3	9,8	8,0	4,8	3,3	2,4	2,8	2,8	5,6
4	43,2	47,2	40,0	31,0	27,7	27,0	32,6	37,2
5	8,8	8,4	10,3	13,0	7,5	10,7	6,1	9,1
6+	24,2	29,1	40,0	47,2	57,5	51,6	50,7	39,9
Réponse non-numérique	0,5	0,0	0,4	0,7	0,3	0,9	0,8	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	799	525	455	422	332	318	509	3360
Moyenne (toutes les femmes)	4,5	4,9	5,4	5,6	6,2	5,7	5,9	5,3
Effectif toutes les femmes)	795	525	453	419	331	315	505	3343
Moyenne (femmes en union)	5,5	5,1	5,4	5,6	6,2	5,6	5,9	5,6
Effectif (fommos en union)	140	409	419	388	311	299	476	2442

Quand on prend en compte certaines caractéristiques de la femmes comme l'âge et les autres caractéristiques socio-économiques, le tableau 5.6 montre les femmes de moins de 30 ans ont un idéal de descendance inférieur à celui des femmes des générations les plus anciennes. Le nombre idéal moyen varie entre 4,7 et 5,4 enfants dans le premier groupe tandis que dans le second, il varie entre 5,7 et 5,9. Par milieu d'habitat les femmes urbaines semblent désirer moins d'enfants que les femmes rurales: l'écart absolu est de 1,5 enfants entre les deux milieux (4,3 dans l'urbain contre 5,8 dans le rural). Les différences selon le niveau d'instruction, sont encore plus prononcées. L'écart absolu atteint 2,2 enfants entre les femmes qui n'ont pas d'instruction et celles qui ont le niveau secondaire ou plus. Enfin, par région, les femmes de la Région Maritime sont celles qui désirent le moins d'enfants (nombre idéal: 4,6 enfants), tandis que les femmes de la Région des Savanes sont celles qui en désirent le plus (nombre idéal: 7,3 enfants).

Pour terminer, on a demandé aux femmes ayant au moins une naissance, si le dernier enfant était planifié, non planifé mais souhaité pour plus tard, ou non désiré. L'objectif de la question est de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité. Le tableau 5.7 montre que pour les naissances qui sont survenues au cours des douze mois précédant l'enquête, six enfants sur dix (59,7 %) étaient désirées à ce moment là, plus de trois sur dix (32,9 %) étaient désirées pour plus tard et moins d'un enfant sur dix seulement (7 %) n'étaient pas désirés. Les naissances de rang 1 et 2 semblent être plus planifées que celles de rang 3 ou plus; en effet 64,3 pour cent des enfants de rang 1 et 2 sont désirées

contre 57,2 pour cent des enfants de rang 3 où plus. A l'inverse il y a 2,9 pour cent des enfants de rang 1 et 2 qui ne sont pas désirés contre 9,2 pour cent des enfants de rang 3 où plus.

TABLEAU 5.6 NOMBRE MOYEN IDEAL D'ENFANTS POUR TOUTES LES FEMMES SELON L'AGE A L'ENQUETE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Age actuel							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
MILIEU								
Urbain	3,8	4,1	4,5	4,6	4,8	4,5	5,3	4,3
Lomé	3,7	3,9	4,2	4,3	4,5	4,1	5,1	4,1
Autre Ville	3,9	4,6	5,1	5,1	5,4	5,0	5,6	4,7
Rural	5,3	5,6	5,9	6,2	6,0	6,1	6,1	5,8
REGION								
Maritime	4,1	4,2	4,6	4,9	5,0	5,2	5,7	4,6
Des Plateaux	4,6	5,0	5,3	5,2	5,3	5,4	5,7	5,1
Centrale	5,0	5,4	6,1	8,9	6,6	6,5	7,0	6,2
De la Kara	5,2	5,3	5,5	5,8	6,2	5,6	6,3	5,6
Des Savanes	7,0	7,3	7,7	7,1	8,1	7,1	6,1	7,3
INSTRUCTION								
Aucune instruction	5,8	5,9	6,0	6,2	6,0	6,0	6,0	6,0
Primaire	4,2	4,5	4,9	4,9	4,7	4,9	5,3	4,6
Secondaire et plus	3,6	3,8	4,0	3,6	4,5	3,5	6,0	3,8
TOTAL	4,7	5,0	5,4	5,7	5,7	5,7	5,9	5,3

TABLEAU 5.7 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT UNE NAISSANCE DES 12 DERNIERS MOIS SELON LE DESIR OU NON D'AVOIR LA NAISSANCE ET LE RANG DE NAISSANCE, EDST, 1988

Désir ou non d'avoir la dernière naissance	Rang de naissance		
	1-2	3+	Total
Voulait au moment	64,3	57,2	59,7
Voulait plus tard	32,8	32,9	32,9
Ne voulait pas	2,9	9,2	7,0
Non-classifiable	0,0	0,7	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0
EFFECTIF	241	456	697

5.4 CONCLUSION

Les données de ce chapitre montrent que la majorité des femmes togolaises désirent espacer ou limiter leurs naissances: presqu'une femme en union sur deux (47,3 %) a répondu qu'elle veut attendre au moins deux ans avant d'avoir le prochain enfant et une sur quatre (24,8 %) a déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Comme on l'a annoncé dans le chapitre précédent, il y a lieu de penser que des changements d'attitudes vis-à-vis de la procréation sont en cours; en effet, le nombre moyen total d'enfants désirés atteint 5,3 enfants parmi toutes les femmes et 5,6 enfants parmi les femmes actuellement en union. Ce nombre idéal est inférieur à l'indice synthétique de fécondité des 5 années précédant l'enquête qui est de 6,6 enfants. Mais ces changements de comportement en matière de fécondité ne pourront se concrétiser que si les femmes cibles arrivaient à obtenir les services de contraception demandés.

CHAPITRE VI

MORTALITE ET SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ce chapitre qui traite de la santé et de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans comprend trois sections.

Dans la première section, il sera question de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile qui seront mesurées à l'aide des quotients de mortalité. Le quotient de mortalité à l'âge (x) est la probabilité de décéder entre l'âge (x) et un âge (x+n). Le quotient de mortalité entre la naissance et un an exact $({}_1q_0)$ peut être assimilé au taux de mortalité infantile classique.

Dans la deuxième section, la fréquence de certaines maladies telles que la diarrhée, la fièvre, la rougeole et la respiration difficile chez les enfants de moins de cinq ans, sera examinée, ainsi que la nature du traitement que les parents (ou tuteurs) de l'enfant malade ont donné. Une indication de la couverture vaccinale sera également étudiée dans cette section. Enfin, cette section traitera de l'état des soins prénatals et de l'assistance reçue par les mères lors de l'accouchement des enfants âgés de moins de cinq ans à l'enquête.

La troisième et dernière section traitera de la situation nutritionnelle des enfants âgés de moins de trois ans: cette situation sera appréciée à travers les mesures anthropométriques recueillies pendant l'enquête.

6.1 MORTALITE DES JEUNES ENFANTS

Méthodologie et qualité des données

L'EDST a permis de calculer les quotients de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, selon la période (en utilisant l'information sur les décès et l'exposition à la mortalité par âge pour une période de temps spécifique, généralement une période quinquennale) et non selon la génération. L'approche de la mortalité par période est préférable à celle par génération pour deux raisons: tout d'abord, les données nécessaires pour le calcul des quotients par génération ne sont que partiellement disponibles pour la période de cinq ans précédant immédiatement l'enquête et, par ailleurs, les quotients selon la période sont plus appropriés pour l'évaluation des programmes d'action.

Les données pour analyser la mortalité des enfants proviennent de l'historique des naissances de la section 2 sur la "fécondité". Cette approche pour collecter des données sur la mortalité pose également des problèmes. Elle a des limites structurelles car les informations provenant des femmes âgées de 15-49 ans en 1988 ne représentent pas nécessairement la situation de la période que couvre l'historique des naissances (les 35 ans précédant l'enquête) et les différents intervalles de cette périodes. Cette approche peut également engendrer des erreurs de collecte liées au sous-enregistrement des événements et à la déclaration de la date de naissance et de l'âge au décès. Toutefois, il est à noter que ces problèmes de collecte sont moindres pour les périodes plus proches de la date de l'enquête. Les données de l'EDST qui ont servi au calcul de ces indicateurs sont d'assez bonne qualité dans l'ensemble, comme on peut le voir dans le tableau 6.1. Il y a, bien entendu, une attraction du chiffre 12 (mois). En supposant que la moitié des décès déclarés à douze mois sont réellement survenus avant le premier anniversaire, on aura sous-estimé, pour la décennie de 1978-1988, les taux de mortalité infantile d'environ 4 pour cent pour les deux sexes réunis. La sous-estimation de la mortalité infantile se fait, au détriment des quotients de mortalité juvénile qui sont surestimés du fait du report des décès. Ainsi, les quotients de mortalité juvénile seraient inférieurs d'environ 5 pour cent aux quotients obtenus à partir des donnés non-corrigées pour la période de 1978 à 1988.[1]

TABLEAU 6.1 REPARTITION DES DECES SELON LES PERIODES DE NAISSANCE, LE SEXE ET L'AGE AU DECES ET LES QUOTIENTS DE MORTALITE DE 1973 A 1988, EDST, 1988

	1983-1988			1978-1982			1973-1977		
Age au décès	SM	SF	ENS	SM	SF	ENS	SM	SF	ENS
				Panneau A					
0-7 jours (a)	74	47	121	59	39	98	49	34	83
0-30 jours (b)	89	62	151	74	56	130	65	42	107
<1 an (c)	153	126	279	129	113	242	116	97	213
Rapport a/b	0,83	0,76	0,80	0,80	0,70	0,75	0,75	0,81	0,78
Rapport a/c	0,48	0,37	0,43	0,46	0,35	0,40	0,42	0,35	0,39
				Panneau B					
5 mois	6	6	12	4	7	11	4	3	7
6 mois	4	8	12	8	4	12	9	3	12
7 mois	8	6	14	5	3	8	4	3	7
8 mois	8	4	12	9	3	12	4	7	11
9 mois	5	5	10	2	3	5	3	5	8
10 mois	4	5	9	4	4	8	2	0	2
11 mois	1	2	3	1	2	3	0	2	2
12 mois	5	16	21	7	15	22	6	9	15
13 mois	0	1	1	0	0	0	0	0	0
14 mois	0	1	1	0	2	2	0	0	0
15 mois	2	0	2	0	0	0	2	0	2
16 mois	1	1	2	2	1	3	1	0	1
17 mois	1	1	2	0	0	0	0	0	0
18 mois	2	4	6	3	6	9	6	2	8
				Panneau C					
1-<2 ans	32	52	84	23	37	60	30	30	60
2-<3 ans	39	32	71	23	25	48	19	27	46
3-<4 ans	34	26	60	15	23	38	20	28	48
3-<5 ans	15	14	29	12	14	26	9	6	15
1-<5 ans	120	124	244	73	99	172	78	91	169
<5 ans	273	523	523	202	212	414	194	188	382
				Panneau D					
1q0	85,1	75,6	80,5	91,1	82,0	86,7	117,6	97,2	107,4
4q1	79,8	89,4	84,5	67,7	91,4	79,2	107,6	112,1	110,0
5q0	158,1	158,3	158,2	152,6	166,0	159,0	212,5	198,4	205,6

SM = Sexe masculin SF = Sexe féminin ENS = Ensemble

Niveaux et tendance de la mortalité des enfants

Entre les périodes quinquennales de 1973-1977 et 1983-1988, le taux de mortalité infantile est passé de 107,4 à 80,5 pour mille au Togo. Il a connu une baisse régulière puisqu'à l'enquête post-censitaire de 1961, il était de 127 pour mille. Ceci s'explique par les efforts considérables réalisés dans le domaine de la santé en général et de la survie des enfants en particulier. Entre un an et cinq ans, la chance de survie des enfants a également été améliorée puisque le quotient de mortalité est passé de 110 à 84,5 pour mille dans la même période. Ainsi, durant la période 1973-1977, plus de 20 pour cent des enfants nés vivants ne pouvaient atteindre le cinquième anniversaire, en 1983-1988, le risque de décès est

descendu à environ 15 pour cent. Le graphique 6.1 visualise clairement cette baisse de la mortalité au cours des trois périodes les plus récentes.

En ce qui concerne la survie générale des enfants, il meurt en moyenne au Togo un enfant sur cinq dans la descendance d'une femme, comme l'indique le tableau 6.2. La proportion d'enfants décédés augmente régulièrement avec l'âge de la femme, passant de 11 pour cent dans la tranche d'âge des moins de 20 ans à 23 pour cent chez les femmes de plus de 45 ans.

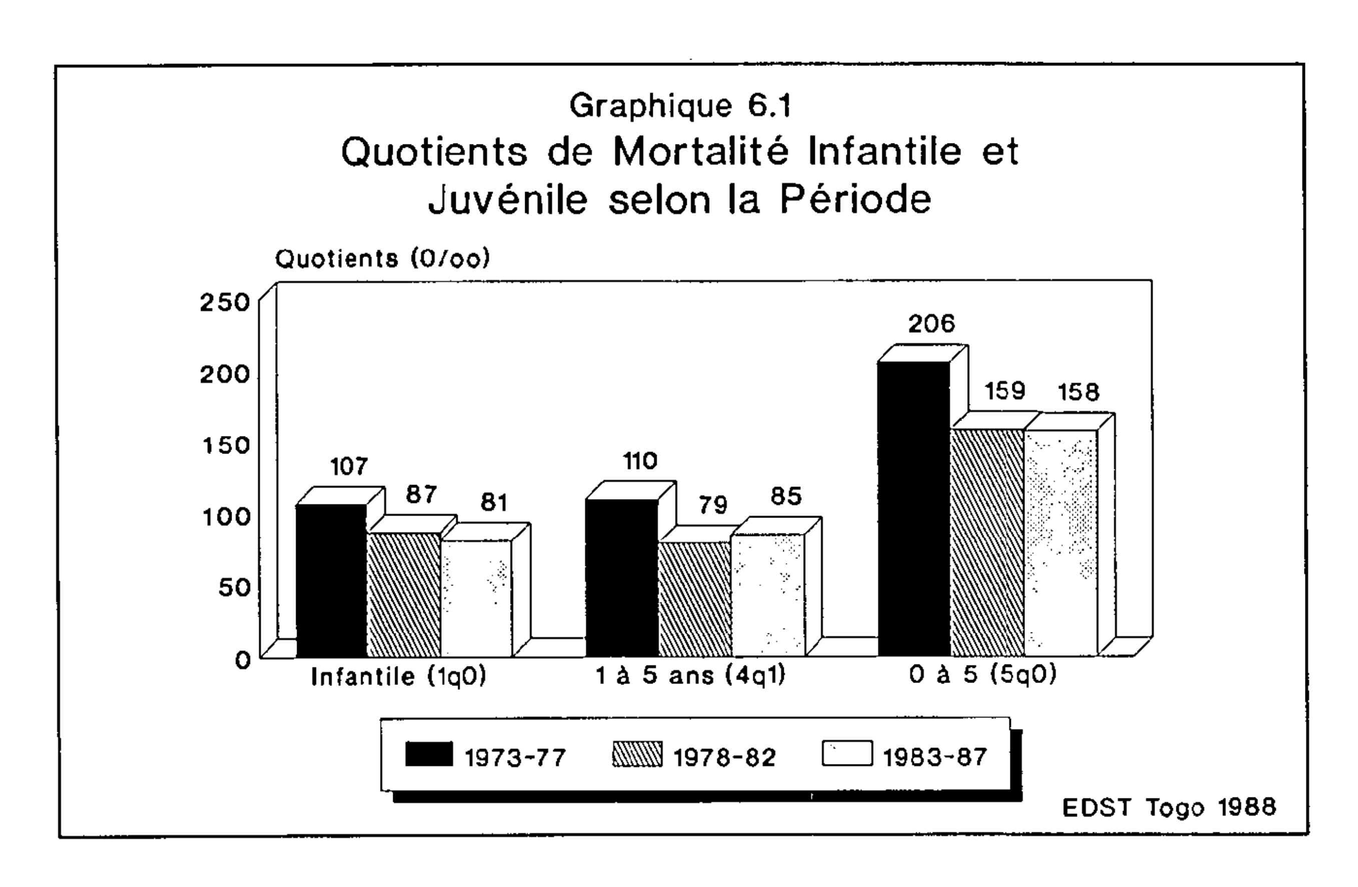


TABLEAU 6.2 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES VIVANTS, SURVIVANTS ET DECEDES ET PROPORTION D'ENFANTS DECEDES SELON L'AGE ACTUEL DE LA MERE, EDST, 1988

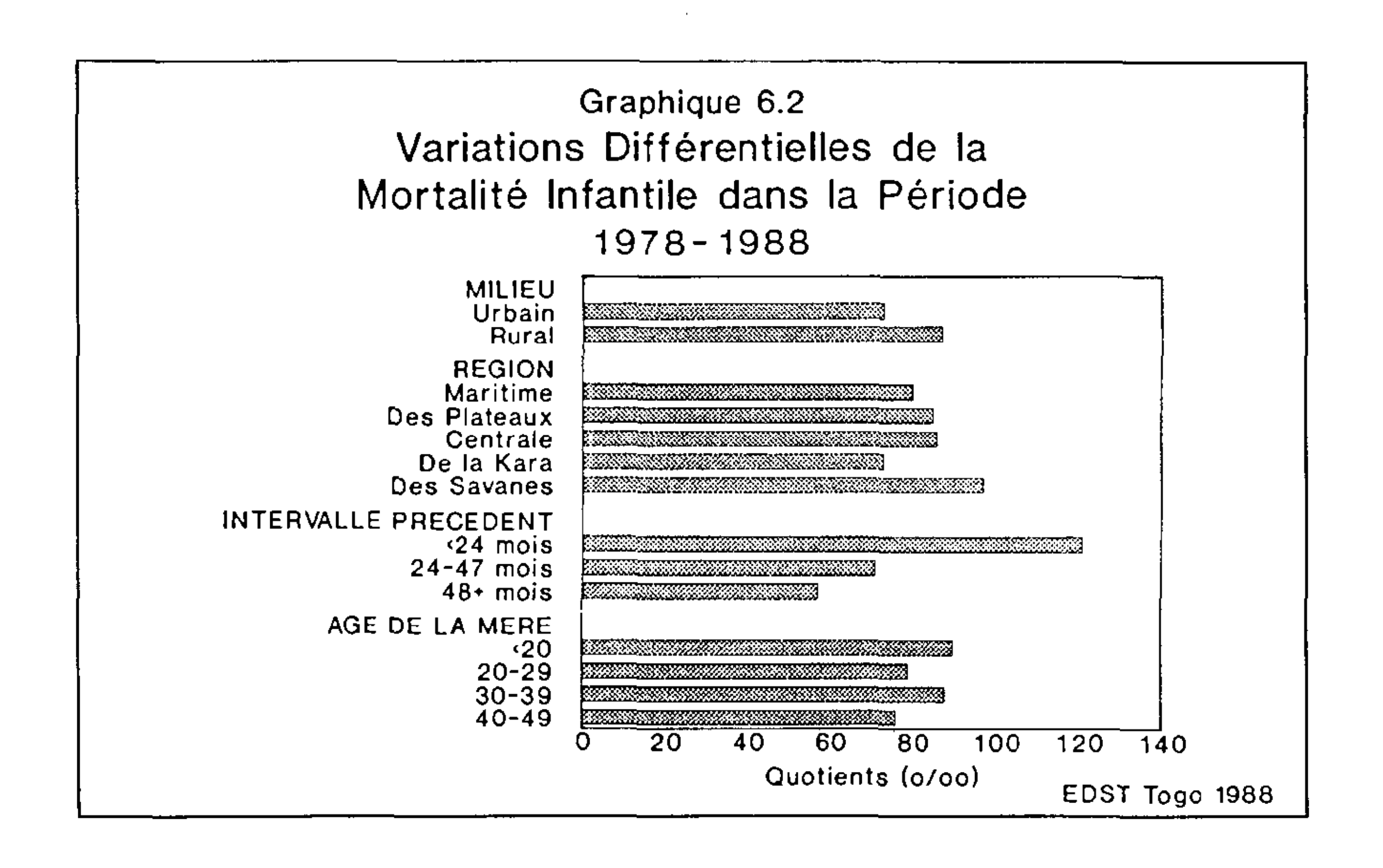
	Nombre moyen d'enfants			
Age actuel	Nés vivants	Sur-vivants	Décédés	Proportion de décédés
15-19	0,26	0,23	0,03	0,11
20-24	1,38	1,21	0,16	0,12
25-29	2,87	2,46	0,42	0,15
30-34	4,60	3,76	0,84	0,18
35-39	5,73	4,65	1,07	0,19
40-44	6,89	5,35	1,54	0,22
45-49	7,28	5,58	1,70	0,23
TOTAL	3,21	2,61	0,60	0,19

Mortalité différentielle des enfants

Le tableau 6.3 et le graphique 6.2 donnent l'état de la mortalité des enfants par rapport aux caractéristiques socio-économiques des femmes dans les dix dernières années. Alors que 13 enfants sur cent (130,9 °/ₒₒ) issus de mères urbaines décèdent avant d'atteindre le cinquième anniversaire, 17 pour cent (168,5 °/ₒₒ) décèdent en milieu rural. Si on se limite à la mortalité infantile, le quotient 1q0 est également plus élevé en milieu rural (86,9 °/ₒₒ) qu'en ville (72,8 °/ₒₒ). Ainsi la chance de survie des enfants est plus élevée en ville qu'en milieu rural certainement du fait de l'importance des équipements socio-sanitaires en milieu urbain. De même, selon le niveau d'instruction, il apparaît une relation négative entre cette variable et la mortalité des enfants. En effet, les enfants de mères instruites ont une chance de survie plus grande que ceux des mères sans aucune scolarisation: avant un an, il meurt 54,5 enfants pour mille issus de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus, 78,4 pour mille de mères n'ayant que le niveau primaire et 87,3 pour mille de celles n'ayant aucune instruction. Avant le cinquième anniversaire, 9 pour cent des enfants (88,5 °/ₒₒ) issus de mères de niveau secondaire ou plus décèdent, contre 15 pour cent (145,6 °/ₒₒ) chez les femmes de niveau d'instruction primaire et 17 pour cent (168,5 °/ₒₒ) chez les femmes sans instruction. L'influence de la scolarisation de la mère sur la survie des enfants, mise en évidence dans de nombreuses études (Caldwell et Caldwell, 1987), mérite cependant d'être étudiée de façon approfondie vu que certains travaux récents ont montré que la liaison entre ces deux phénomènes n'était pas aussi directe qu'elle ne paraissait (Dackam Ngatchou, 1987).

TABLEAU 6.3 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE DURANT LA PERIODE 1978-88 SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-économiques	Mortalité infantile (1q0) 78-88	Mortalité de l'enfance (4q1) 78-88	Les deux (5q0) 78-88
MILIEU			
Urbain	72,8	62,7	130,9
Rural	86,9	89,3	168,5
REGION			
Maritime	80,0	69,9	144,3
Des Plateaux	85,2	64,1	143,8
Centrale	85,6	98,2	175,4
De la Kara	72,5	111,3	175,7
Des Savanes	97,1	111,0	197,3
INSTRUCTION			
Aucune instruction	87,3	88,7	168,3
Primaire	78,4	72,9	145,6
Secondaire ou plus	54,5	36,0	88,5
TOTAL	83,2	82,3	158,7



Graphique 6.2
Variations Différentielles de la Mortalité Infantile dans la Période 1978-1988

Par rapport aux régions économiques, la Région de la Kara présente le niveau de mortalité infantile le plus faible (72,5 °/oo) et la Région des Savanes apparaît comme celle qui a le quotient de mortalité infantile le plus élevé (97,1 °/oo). Les autres régions se situent entre ces deux positions: la Région Maritime a le deuxième taux de mortalité le plus faible (80,0 °/oo), puis la Région des Plateaux (85,2 °/oo) et la Région Centrale (85,6 °/oo). Pour ce qui est des risques de décès après le premier anniversaire, la situation diffère profondément du cas précédent puisque c'est dans la Région des Plateaux que les risques de mourir entre le premier et le cinquième anniversaire sont les moins élevés (64,1 °/oo). La Région Maritime vient en deuxième position avec 69,9 pour mille, puis la Région Centrale en troisième position avec un quotient de 98,2 pour mille. Les régions septentrionales de la Kara et des Savanes ont respectivement des quotients de 111,3 et 111 pour mille. La Région des Savanes apparaît comme celle où le risque de décéder est le plus élevé pour les enfants: environ 20 pour cent des naissances (197,3 °/oo) n'atteignent pas le cinquième anniversaire dans cette région. La chance de survie jusqu'au cinquième anniversaire est la plus élevée pour les enfants qui naissent dans la Région des Plateaux et la Région Maritime (respectivement 143,3 °/oo et 144,3 °/oo). Les risques de décès sont peu différents pour les enfants dans La Région Centrale et la Région de la Kara (175,4 et 175,7 °/oo).

Le faible niveau de mortalité des enfants de mois de cinq ans qui prévaut dans la Région Maritime et la Région des Plateaux peut s'expliquer par le niveau élevé de développement économique et le meilleur équipement sanitaire de ces régions, ainsi que par leur longue histoire de soins modernes et d'éducation en matière de santé. Le cas de la Région de la Kara est une preuve de l'efficacité de la politique sanitaire togolaise. La survie des enfants y gagnerait si l'éducation sanitaire de la population s'intensifiait. La Région des Savanes présente une situation de survie des enfants en accord avec son niveau de développement: au recensement de 1981, elle apparaissait comme la région où la scolarisation était la moins élevée du Togo. C'est ce qui explique certainement l'affluence des projets de développement dans cette région. Si le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans y reste encore relativement élevé, malgré les efforts déployés, il faut s'attendre à une amélioration dans les années à venir. La Région des Plateaux présente une situation générale qui cache probablement des

particularités. En effet, "zone d'accueil", la forte immigration qui la caractérise et l'accès probablement inégal des populations autochtones et migrantes aux structures sanitaires pourraient créer des différences de niveaux dans la survie des enfants (Vimard et Quesnel, 1982). Pour une meilleure compréhension de ces niveaux régionaux de mortalité, il faut entreprendre des études complémentaires et éventuellement des micro-enquêtes en vue de saisir les déterminants de divers ordres qui agissent sur la mortalité des enfants.

Le tableau 6.4 et le graphique 6.2 présentent les principaux résultats concernant la mortalité des enfants selon certaines variables démographiques.

TABLEAU 6.4 QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE DURANT LA PERIODE 1978-88 SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques démographiques	Mortalité infantile (1q0) 78-88	Mortalité de l'enfance (4q1) 78-88	Les deux (5q0) 78-88
SEXE			
Masculin	87,7	74,9	156,0
Féminin	78,5	90,1	161,5
AGE DE LA MERE			
<20	90,3	92,5	174,4
20-29	79,1	84,5	156,9
30-39	87,9	72,3	153,9
40-49	76,3	71,3	142,2
RANG DE NAISSANCES			
1	79,5	81,6	154,6
2-3	83,6	87,6	163,9
4-6	79,7	81,3	154,5
7+	93,6	73,9	160,6
INTERVALLE PRECEDENT			
<2 ans	120,5	84,6	194,9
2-3 ans	71,3	80,4	146,0
4 ans ou plus	57,1	81,4	133,9

- Par rapport au sexe, la mortalité infantile est plus élevée chez les enfants de sexe masculin (87,7 ‰) que chez ceux du sexe féminin (78,5 ‰). Ce résultat est en accord avec ce qui s'observe habituellement: surmortalité à la naissance des enfants de sexe masculin par rapport à ceux de sexe féminin. Cependant, à partir du premier anniversaire, non seulement l'écart de mortalité observé dans la première année de vie a été rattrapé, mais il a changé de sens puisque c'est du côté féminin qu'apparaît une surmortalité; ainsi, le quotient 4q1 atteint 74,9 pour mille chez les garçons contre 90,1 pour mille chez les filles. Même avec l'éventualité des erreurs de déclaration des âges entre la naissance et le 5e anniversaire, reste posé le problème d'une surmortalité féminine (161,5 ‰ contre 156,0 ‰ pour les garçons). Y a-t-il une ségrégation dans les soins donnés aux enfants selon le sexe dans la population? Thérèse Locoh avait relevé un phénomène semblable à partir des statistiques sanitaires se rapportant aux enfants hospitalisés au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lomé en 1982 (Locoh, 1985).

• Par rapport à l'âge des mères à la naissance des enfants, la mortalité infantile et la mortalité juvénile présentent les niveaux les plus élevées chez les mères âgées de moins de vingt ans (90,3 ‰ avant un an, 92,5 ‰ entre le premier et le cinquième anniversaires et 174,4 ‰ entre la naissance et le cinquième anniversaire). Les chances de survie les plus élevées se retrouvent chez les femmes âgées de plus de quarante ans (142,2 ‰ entre la naissance et le cinquième anniversaire).

• Par rapport à la parité, les taux de mortalité infantile les plus élevés s'observent pour les enfants de rang supérieur à six (93,6‰). Cependant ce sont les enfants de ces rangs de naissance qui ont la plus grande chance de survie après le premier anniversaire (mortalité de 73,9 ‰).

• Par rapport à l'espacement entre naissances, il y a un effet négatif apparent sur la mortalité des enfants: les enfants nés après un intervalle de moins de deux ans avec le précédent courent le risque de décès le plus élevé, leur quotient de mortalité 1q0 est plus de deux fois supérieur à celui des enfants nés quatre ans ou plus après la naissance précédente (120,5 ‰ contre 57,1 ‰). De façon générale, lorsque l'espacement entre les naissances est supérieur à deux ans, la chance de survie des enfants augmente substantiellement: mortalité de 146,0 pour mille entre la naissance et le cinquième anniversaire lorsque l'espacement est compris entre deux et trois ans et 133,9 pour mille lorsqu'il est supérieur à trois ans.

6.2 SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

L'EDST a pris en compte la santé de la mère et de l'enfant à travers la section 4 du questionnaire individuel. Les questions sont posées pour tous les enfants de la femme, nés vivants et qui ont moins de 5 ans. Les questions Q401 à Q405 informent sur les conditions sanitaires qui ont entouré la naissance de l'enfant, à savoir: les visites prénatales, la protection de l'enfant par la vaccination de la mère contre le tétanos avant l'accouchement et le type d'assistance reçue par la mère pendant l'accouchement. Les questions Q421 à Q438 traitent directement des problèmes de santé de chacun des enfants encore en vie, âgés de moins de cinq ans à l'enquête. Les principaux problèmes traités sont la diarrhée, la fièvre, les infections respiratoires et la rougeole. L'EDST s'est intéressée aux cas survenus les deux semaines précédant l'enquête, notamment pour la fièvre et les maladies respiratoires. Pour la diarrhée, non seulement la période des deux dernières semaines a été prise en compte, mais aussi, les cas des dernières 24 heures avant le passage de l'enquêtrice. Pour la rougeole, étant donné la nature de cette maladie, la période considérée était toute la durée de vie de l'enfant. A côté des problèmes de santé, la protection des enfants contre les maladies a été également un sujet de préoccupation, en particulier, des informations sur la vaccination des enfants ont été recueillies. Cependant, il faut signaler que cette dernière rubrique a été peu détaillée du fait que la période initialement prévue pour réaliser l'enquête correspondait à celle de la campagne nationale de vaccination: aussi il a été décidé, au niveau de l'équipe technique de l'EDST, de limiter les questions relatives à cette variable au minimum. L'information collectée sur la vaccination s'est donc limitée au fait de savoir si l'enfant avait été ou non vacciné et si les parents disposaient d'un carnet de vaccination pour l'enfant.

Soins prénatals et assistance pendant l'accouchement

D'après le tableau 6.5 et le graphique 6.3, seulement 17 pour cent des naissances vivantes survenues dans les cinq dernières années n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale (16,7 %). Pour celles qui en ont bénéficié, les sages-femmes, les matrones et les accoucheuses auxiliaires sont les plus consultées (plus de 80 %). Il y a lieu de noter que dans près de 16 pour cent des cas où la femme ne connaissait pas la qualification du personnel soignant qu'elle avait consulté, elle a déclaré un centre de soin. Ceci constitue un indicateur important du niveau d'utilisation de l'infrastructure sanitaire disponible dans le pays; cependant l'intervention du médecin reste très marginale (1 %).

Les naissances issues de jeunes mères ont connu un niveau de consultation plus élevé que celles de mères de plus de 30 ans. De même, en milieu urbain, 2 pour cent seulement des naissances n'ont pas été du tout suivies par un personnel médical, contre un enfant sur quatre (21,7 %) en milieu rural. La plus

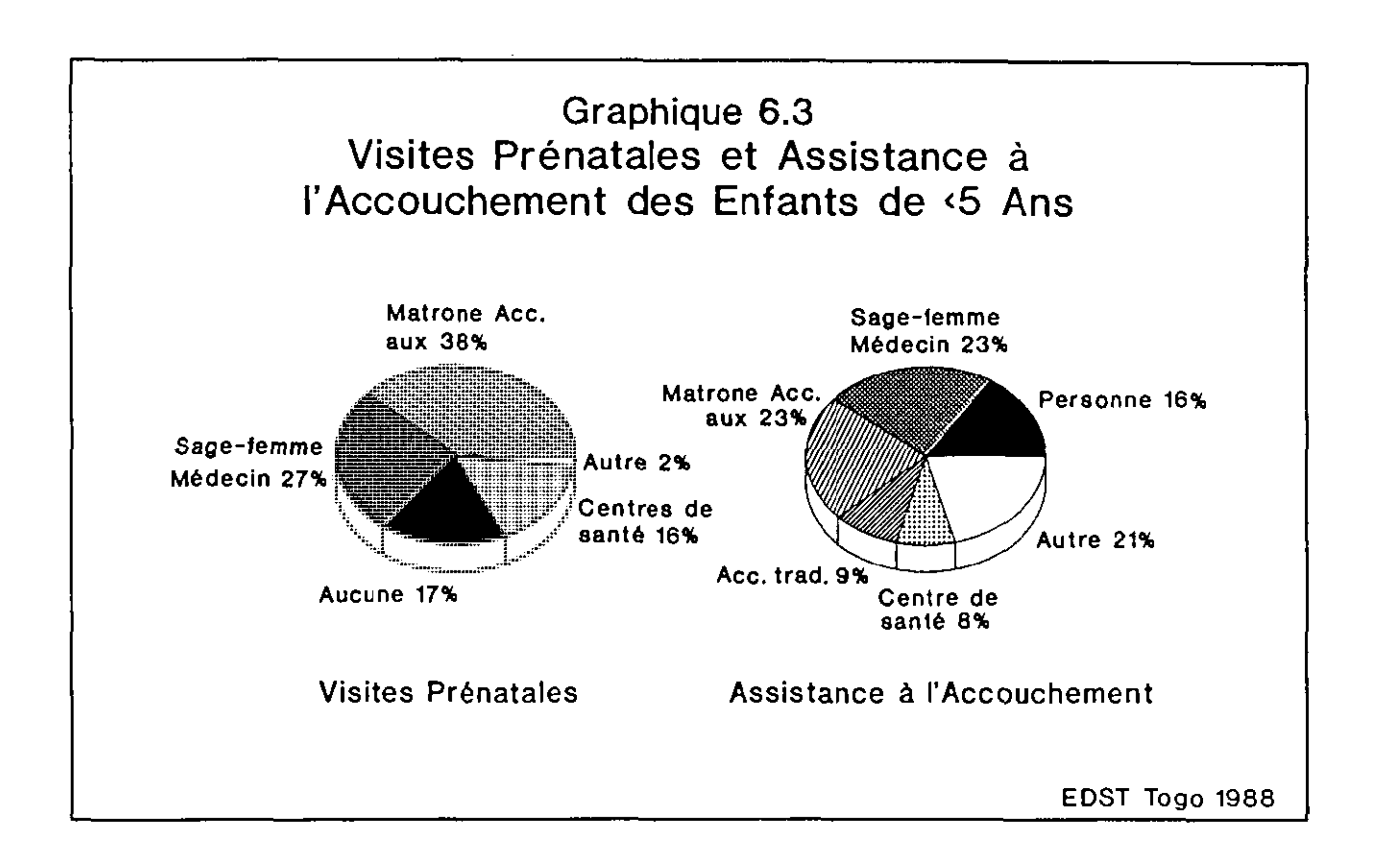
TABLEAU 6.5 REPARTITION (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES 5 ANNEES AYANT PRECEDE L'ENQUETE SELON LE TYPE DE CONSULTATION PRENATALE ET POURCENTAGE DES NAISSANCES POUR LESQUELLES LES MERES ONT REÇU UNE INJECTION ANTI-TETANIQUE SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Type de consultation										
	Personne	Médecin	Sage-femme	Matrone Acc. aux.	Accouch. trad.	Hôpital PMI Disp.	Autre	Manquant	Total	Tétanos toxoïde	Effectif
AGE											
<30	14,5	1,2	27,3	40,4	0,1	13,8	1,2	1,5	100,0	71,5	1712
30+	19,3	1,5	23,8	35,0	0,1	17,9	0,7	1,7	100,0	69,0	1386
MILIEU											
Urbain	2,3	3,8	55,9	22,3	0,0	14,5	0,4	0,7	100,0	88,2	811
Lomé	2,2	6,4	57,0	13,0	0,0	19,8	0,7	0,9	100,0	85,7	454
Autre Ville	2,5	0,6	54,3	34,2	0,0	7,8	0,0	0,6	100,0	91,3	357
Rural	21,7	0,5	15,0	43,6	0,1	16,0	1,2	1,9	100,0	64,1	2287
REGION											
Maritime	13,6	2,6	33,7	21,3	0,1	26,4	0,3	1,9	100,0	75,8	1165
Des Plateaux	13,2	0,6	25,2	45,0	0,3	13,3	0,4	2,0	100,0	70,3	698
Centrale	25,8	0,6	21,8	47,0	0,0	1,4	3,1	0,3	100,0	66,3	353
De la Kara	17,8	1,5	26,0	49,1	0,0	1,9	2,9	0,7	100,0	69,8	411
Des Savanes	21,4	0,0	9,3	52,4	0,0	14,9	0,0	1,9	100,0	60,7	471
INSTRUCTION											
Aucune instruction	22,8	0,3	18,3	37,6	0,0	18,0	1,0	2,0	100,0	64,0	2073
Primaire	5,1	1,8	35,3	43,3	0,3	12,5	0,9	0,9	100,0	82,2	779
Secondaire et plus	1,2	8,5	58,1	24,8	0,4	5,3	1,2	0,4	100,0	87,0	246
TOTAL	16,7	1,4	25,7	38,0	0,1	15,6	1,0	1,6	100,0	70,4	3098

grande disponibilité de l'équipement, combinée à une éducation plus élevée de la population des villes expliquent certainement ces différences de comportement. La preuve en est que Lomé et les autres villes sont pratiquement au même niveau pour les consultations prénatales. Par rapport aux régions économiques, la Région des Plateaux et la Région Maritime arrivent en tête avec plus de 86 pour cent des naissances qui ont été suivies par du personnel de la santé. La Région Centrale est celle où le suivi des grossesses par le personnel médical est le moins intense (74,4 %). Enfin, la scolarisation de la femme semble assez liée avec l'intensité du suivi prénatal par le personnel du corps médical. En effet, si près d'une naissance sur quatre (22,8 %) survenue chez les femmes sans instruction n'a pas bénéficié de consultation prénatale, à peine 1 pour cent des naissances n'a pas eu de suivi prénatal chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. Pour terminer, il faut noter que les médecins sont plus sollicités à Lomé (6,4 %), et surtout par les femmes de niveau scolaire élevé (8,5 %).

L'EDST montre que la prévention contre le tétanos est relativement élevée au Togo: la grande majorité des naissances ont été protégées puisqu'elles sont issues de femmes qui ont déclarées avoir été vaccinées contre le tétanos avant la naissance de l'enfant (70,4 %).

Selon le milieu de résidence, les naissances issues de mères ayant eu une vaccination anti-tétanique sont plus nombreuses en milieu urbain (88,2 %) qu'en milieu rural (64,1 %). De même, la proportion de femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus à avoir été vaccinées est relativement plus élevée (87,0 %) que celle des femmes sans instruction (64,0 %) ou avec seulement le niveau de l'enseignement primaire (82,2 %). Par région, les plus fortes proportions de femmes vaccinées se trouvent dans la Région Maritime (75,8 %) suivie par la Région des Plateaux (70,3 %). La Région des Savanes présente le niveau le plus faible avec 60,7 pour cent seulement de femmes vaccinées.



La situation de l'assistance pendant l'accouchement n'est pas très différente de celle des consultations prénatales comme le montre le tableau 6.6 et le graphique 6.3. Pour près de 44 pour cent des naissances, les femmes ont déclaré ne pas avoir reçu l'assistance d'un professionnel de la santé: une proportion importante de femmes (14,1 %) ont en effet déclaré n'avoir reçu aucune assistance ou, si elles en ont reçue, c'était de la part d'une parente ou d'une voisine (21,1 %) ou d'une accoucheuse traditionnelle (8,9 %). Au niveau de tous les enfants nés vivants au Togo dans les cinq années passées, plus d'un sur deux (54,3 %) sont nés avec l'assistance de personnel médical. Ici aussi, les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires et autres matrones ont été les plus sollicitées (44,5 %). Comme pour les visites prénatales, l'intervention des médecins est très faible (1,5 %).

La plupart des variables socio-démographiques sont assez liées avec l'assistance à l'accouchement par du personnel médical. Entre les anciennes générations et les plus récentes, on observe peu de différence pour les naissances ayant reçu l'assistance d'un professionnel de la santé moderne: 56,5 % pour les moins de 30 ans contre 51,3 % pour les plus de 30 ans. Le milieu de résidence est l'une des variables les plus discriminantes: les femmes rurales sont relativement peu nombreuses (42,0 %) à avoir reçu l'assistance de personnel médical pendant l'accouchement contre neuf femmes sur dix (88,9 %) en milieu urbain. A Lomé, moins d'une femme sur dix (8,9 %) a accouché sans l'assistance d'un professionnel de la santé et l'intervention des médecins est un peu plus important que dans l'ensemble du pays (5,7 % contre 0,6 % en milieu rural et 1,7 % dans les autres villes).

Au niveau des régions, la Région Maritime et la Région des Plateaux constituent celles ou plus de trois naissances sur cinq (63,6 % et 61,3 %) ont reçu l'assistance d'un professionnel de la santé; dans la Région de la Kara et la Région Centrale, une naissance sur deux a eu lieu avec l'assistance de personnel de la santé; enfin au niveau de la Région des Savanes, moins d'une naissance sur quatre a été dans ce cas.

Enfin le niveau d'instruction de la mère fait apparaître une variation régulière dans la proportion des naissances qui ont reçu l'assistance d'un personnel qualifié de la santé: deux naissances sur cinq

TABLEAU 6.6 REPARTITON (EN %) DES NAISSANCES AU COURS DES 5 ANNEES AYANT PRECEDE L'ENQUETE SELON LE TYPE D'ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT ET SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Type d'assistance									
	Personne	Médecin	Sage-femme	Matrone Acc. aux.	Ac-couch. trad.	Hôpital PMI Disp.	Autre	Manquant	Total	Effectif
AGE										
<30	11,9	1,4	22,1	25,2	8,8	7,8	21,3	1,4	100,0	1712
30+	16,8	1,5	20,6	20,3	9,1	8,9	20,9	1,8	100,0	1386
MILIEU										
Urbain	3,5	3,9	55,7	18,0	1,2	11,3	5,5	0,7	100,0	811
Lomé	1,8	5,7	58,6	11,0	0,9	15,9	5,3	0,9	100,0	454
Autre Ville	5,6	1,7	52,1	26,9	1,7	5,6	5,9	0,6	100,0	357
Rural	17,9	0,6	9,3	24,8	11,7	7,3	26,6	1,9	100,0	2287
REGION										
Maritime	15,1	2,5	30,9	14,3	4,5	15,9	14,8	2,0	100,0	1165
Des Plateaux	17,0	1,1	21,2	32,4	3,0	6,6	16,6	2,0	100,0	698
Centrale	20,7	0,6	18,7	32,0	9,3	0,8	17,6	0,3	100,0	353
De la Kara	9,5	0,7	15,6	35,5	15,6	1,0	21,4	0,7	100,0	411
Des Savanes	6,4	0,6	5,7	13,0	22,5	4,2	45,9	1,7	100,0	471
INSTRUCTION										
Aucune instruction	18,7	0,5	14,5	18,5	11,0	8,9	26,0	1,9	100,0	2073
Primaire	6,3	2,1	30,9	32,6	5,8	8,2	13,1	1,0	100,0	779
Secondaire et plùs	0,4	7,3	50,4	30,5	2,0	4,1	4,9	0,4	100,0	246
TOTAL	14,1	1,5	21,5	23,0	8,9	8,3	21,1	1,6	100,0	3098

(42,4 %) issues de femmes illettrées, près de trois naissances sur quatre (73,8 %) issues de femmes n'ayant que le niveau d'instruction primaire et plus de neuf naissances sur dix (92,3 %) chez les femmes de niveau secondaire ou plus.

Couverture vaccinale

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction à ce chapitre, l'information disponible sur la vaccination des enfants n'a pas été très détaillée; en effet, contrairement aux enquêtes EDS des autres pays où on a demandé aux enquêtrices de relever, à partir du carnet de santé présenté par les mères, les dates de vaccination pour six maladies [la tuberculose (BCG), la poliomyélite (Polio), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) et la rougeole], dans l'EDST, les enquêtrices devaient seulement demander à la mère si ses enfants toujours en vie avaient été vaccinés et s'il y avait un carnet de santé pour le prouver. Il ressort du tableau 6.7, que pour les enfants de moins de 5 ans, près de neuf sur dix (87,8 %) ont reçu un vaccin selon la déclaration de la mère. Pour plus de la moitié des enfants (52,6 %), un carnet a été présenté pour justifier la réponse. Dans le groupe d'âges des 18-23 mois presque tous les enfants sont vaccinés (94,4 %). L'intensité est moindre chez les enfants de moins de 6 mois (73,1 %).

TABLEAU 6.7 POURCENTAGE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS AYANT DES CARNETS DE SANTE, ET POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT REÇU AU MOINS UNE VACCINATION SELON L'AGE, EDST, 1988

Age de l'enfant	% ayant carnet de santé	% ayant reçu vacci-nation	Ef-fec-tif
Moins de 6 mois	52,0	73,1	279
6-11 mois	60,1	86,8	303
12-17 mois	67,5	92,4	302
18-23 mois	64,2	94,4	268
24-59 mois	46,6	88,6	1616
TOTAL	52,6	87,8	2768

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques pour les enfants de 12 à 23 mois (âge auquel tous les enfants devraient, en principe, être vaccinés contre les six maladies de l'enfance), le tableau 6.8 montre que les garçons sont un peu plus nombreux (94,2 %) que les filles (92,4 %) à avoir été vaccinés. Les enfants vaccinés sont aussi relativement plus nombreux dans les villes (96,8 %) qu'en milieu rural (92,0 %). Aussi curieux que cela puisse paraître, c'est dans les villes secondaires (100 %) et non à Lomé (93,2 %) que la totalité des enfants a reçu un vaccin. Par rapport à la région économique de résidence, la Région de la Kara et la Région Centrale apparaissent comme celles où la quasi-totalité des enfants a été vaccinés (100 % et 96,9 %). La proportion la plus faible d'enfants vaccinés se retrouve dans la Région des Savanes (87,4 %). Enfin, les enfants de mères instruites sont relativement plus nombreux (96,9 % pour les mères de niveau d'instruction primaire et 100 % pour celles ayant le niveau secondaire et plus) que les enfants de mères illétrées (90,7 %) à avoir été vaccinés.

Prévalence et traitement de la diarrhée

Deux périodes ont été retenues dans l'EDST pour l'étude de la prévalence de la diarrhée au sein de la population des enfants de moins de cinq ans: les dernières vingt quatre heures (pour la prévalence ponctuelle) et les deux dernières semaines précédant le passage de l'enquêtrice (pour avoir la prévalence sur une période). La situation est présentée dans le tableau 6.9.

Dans les dernières vingt-quatre heures, 14,2 pour cent de la population des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée. Pour la période des deux dernières semaines, la prévalence est de 29,4 pour cent. Par rapport aux statistiques sanitaires, la diarrhée et les problèmes de l'appareil digestif font partie des cinq premières maladies au sein de la population en général (Soro Yakongo, 1986); au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé en 1982, 16,1 pour cent des hospitalisations des enfants de moins de cinq ans étaient dues aux maladies digestives (Assogba et Ocloo, 1986). On comprend donc bien que la diarrhée soit un sujet d'importance dans l'EDST.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, on note une liaison importante entre les proportions d'enfants souffrant de la diarrhée et différentes variables comme l'âge de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, le milieu de résidence et la région économique. Ainsi, que ce soit dans les dernières 24 heures ou les deux dernières semaines, les enfants qui ont souffert de diarrhée sont relativement moins nombreux en ville (11,4 % et 26,8 %) qu'en milieu rural (15,2 % et 30,3 %); Lomé possède les plus faibles proportions d'enfants ayant souffert de diarrhée (8,1 % et 22,6 %). Sur le plan des régions économiques, la Région Maritime et la Région des Plateaux possèdent les plus faibles proportions d'enfants diarrhéiques tandis que les plus fortes proportions se retrouvent dans la Région Centrale et la

TABLEAU 6.8 POURCENTAGE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS AYANT DES CARNETS DE SANTE, ET POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT REÇU AU MOINS UNE VACCINATION SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Carnet de santé	Vaccination	Enfants
SEXE			
Masculin	65,4	94,2	292
Féminin	66,5	92,4	278
MILIEU			
Urbain	64,6	96,8	158
Lomé	51,4	93,2	74
Autre Ville	76,2	100,0	84
Rural	66,5	92,0	412
REGION			
Maritime	53,7	92,0	201
Des Plateaux	70,3	93,0	128
Centrale	73,8	96,9	65
De la Kara	77,5	100,0	89
Des Savanes	70,1	87,4	87
INSTRUCTION			
Aucune instruction	63,7	90,7	353
Primaire	67,9	96,9	159
Secondaire et plus	74,1	100,0	58
TOTAL	66,0	93,3	570

Région des Savanes. Il y a relativement moins d'enfants ayant eu la diarrhée les dernières 24 heures comme les deux dernières semaines chez les mères de niveau d'instruction secondaire et plus (8,3 % et 25,3 %) que chez celles ayant le niveau primaire (13,8 % et 29,4 %) et les mères illettrées (15,0 % et 29,9 %).

Etant donné l'importance de ce problème pour la survie des enfants, il est primordial de connaître les traitements utilisés. Il ressort du tableau 6.10 qu'en cas de diarrhée, un enfant sur quatre (25,4 %) a été présenté en consultation médicale. Ce comportement varie selon l'âge des enfants: les consultations sont relativement plus intenses pour les enfants âgés de 12 à 23 mois que chez les enfants des autres âges. Les filles ont été un peu plus nombreuses que les garçons à avoir été amenées en consultation. Les femmes urbaines ont été relativement plus nombreuses à avoir amené leurs enfants en consultation médicale. Il y a eu relativement plus d'enfants amenés en consultation pour cause de diarrhée dans les deux régions de la Kara et des Savanes que dans les autres régions.

Le sel de réhydratation orale (SRO), traitement efficace et peu coûteux permettant de lutter contre la déshydratation, a été donné comme réponse à la diarrhée au cours des 2 dernières semaines, dans 20 pour cent des cas. Cette proportion d'enfants ayant reçu le SRO augmente avec le degré d'urbanisation et le niveau d'instruction. Le traitement de la diarrhée des enfants par le SRO est relativement plus élevé dans la Région des Savanes et celle de la Kara.

TABLEAU 6.9 POURCENTAGE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA DIARRHEE DANS LES DERNIERES 24 HEURES ET DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Dernières 24 heures	Deux dernières semaines	Enfants moins de 5 ans
AGE			
Moins de 6 mois	17,2	30,8	279
6-11 mois	26,1	39,9	303
12-17 mois	20,9	36,4	302
18-23 mois	18,3	41,0	268
24-59 mois	9,5	23,9	1616
SEXE			
Masculin	14,9	29,6	1398
Féminin	13,4	29,2	1370
MILIEU			
Urbain	11,4	26,8	731
Lomé	8,1	22,6	407
Autre Ville	15,4	32,1	324
Rural	15,2	30,3	2037
REGION			
Maritime	10,5	24,9	1054
Des Plateaux	12,1	24,9	627
Centrale	19,7	41,6	315
De la Kara	16,7	32,2	366
Des Savanes	20,2	36,2	406
INSTRUCTION			
Aucune instruction	15,0	29,9	1842
Primaire	13,8	29,4	697
Secondaire et plus	8,3	25,3	229
TOTAL	14,2	29,4	2768

A côté du SRO, 3 pour cent de cas ont été traités par une solution salée et sucrée, préparée à domicile. Par ailleurs, dans 27 pour cent des cas de diarrhées chez les enfants, le traitement a été à base de plantes médicinales. Enfin, 62 pour cent des enfants ayant souffert de diarrhée ont reçu "d'autres" traitements comme la bouillie de riz. L'intérêt de ce résultat est qu'il varie peu quelle que soit la catégorie socio-culturelle de la mère sauf pour le milieu de résidence où les femmes rurales sont relativement moins nombreuses (59,4 %) que les femmes urbaines (69,4 %) à avoir appliqué ce type de traitement. Il y a lieu de noter que les femmes togolaises sont très conscientes de la gravité de cette maladie puisque 18 pour cent seulement des enfants n'ont reçu aucun traitement particulier en cas de diarrhée.

En ce qui concerne la connaissance du SRO pour traiter la diarrhée, le tableau 6.11 montre que 45,2 pour cent des femmes ayant eu un enfant vivant les cinq dernières années précédant l'EDST ont déclaré la connaître. Cette fréquence augmente avec le niveau de scolarisation de la femme. En effet, alors qu'on a dénombré 40 pour cent chez les femmes non instruites, la fréquence est respectivement de

TABLEAU 6.10 PARMI DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA DIARRHEE DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES, POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Consul-tation médical	Sachet de SRO	Eau sucrée/	Serum, gani-dan	Plantes médici-nales	Autre	Rien	En-fants avec diarr.
AGE								
Moins de 6 mois	19,8	4,7	0,0	0,0	25,6	57,0	24,4	86
6-11 mois	24,8	17,4	3,3	0,0	33,1	57,0	19,8	121
12-17 mois	30,9	27,3	4,5	0,0	25,5	60,0	18,2	110
18-23 mois	29,1	24,5	4,5	0,0	31,8	60,9	13,6	110
24-59 mois	24,3	21,7	3,1	1,0	24,8	65,1	17,6	387
SEXE								
Masculin	24,2	20,3	3,4	0,2	25,4	64,7	16,9	414
Féminin	26,7	20,5	3,0	0,8	29,0	58,7	19,5	400
MILIEU								
Urbain	33,7	28,6	3,1	0,5	20,9	69,4	15,3	196
Lomé	32,6	29,3	1,1	1,1	14,1	66,3	22,8	92
Autre Ville	34,6	27,9	4,8	0,0	26,9	72,1	8,7	104
Rural	22,8	17,8	3,2	0,5	29,1	59,4	19,1	618
REGION								
Maritime	23,3	19,1	2,7	1,1	19,5	62,2	20,6	262
Des Plateaux	19,2	19,9	5,1	0,0	20,5	59,6	21,8	156
Centrale	24,4	16,8	1,5	0,0	21,4	69,5	19,1	131
De la Kara	36,4	22,9	3,4	0,0	41,5	61,0	11,9	118
Des Savanes	27,9	24,5	3,4	0,7	41,5	57,1	14,3	147
INSTRUCTION								
Aucune instruction	24,0	15,2	2,7	0,5	27,6	62,3	16,9	551
Primaire	29,3	27,8	4,9	0,5	26,3	61,0	20,0	205
Secondaire et plus	25,9	43,1	1,7	0,0	25,9	60,3	24,1	58
TOTAL	25,4	20,4	3,2	0,5	27,1	61,8	18,2	814

Note: Le total des pourcentages des types de traitement est supérieur à 81,8 pour cent en raison des réponses multiples.

51,5 pour cent et 65,5 pour cent chez les femmes de niveaux primaire et secondaire ou plus. Le niveau de la connaissance est plus élevé en ville qu'en milieu rural. Enfin, les femmes des régions de la Kara et des Savanes sont les plus nombreuses à connaître le SRO (plus de la moitié des femmes: respectivement 52,1 % et 51,3 %).

Prévalence de la fièvre et des infections respiratoires

L'EDST, en collectant des informations sur la fièvre et la respiration difficile, avait pour objectif d'approcher la prévalence du paludisme et des infections respiratoires aiguës dans la population des enfants de moins de cinq ans. Ceci s'avérait nécessaire puisque le paludisme et les infections respiratoires aiguës constituent les toutes premières causes de morbidité et de mortalité des enfants au Togo. Les

TABLEAU 6.11 PARMI LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 5 DERNIERES ANNEES, POURCENTAGE DE CELLES QUI CONNAISSENT LE SEL DE REHYDRATATION ORALE (SRO) SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Niveau d'instruction Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Total
MILIEU				
Urbain	49,6	53,6	75,5	56,1
Lomé	48,9	53,3	73,9	56,0
Autre Ville	50,5	54,1	78,4	56,3
Rural	37,8	50,2	49,2	41,1
REGION				
Maritime	36,3	49,7	65,5	43,0
Des Plateaux	33,7	48,6	52,2	41,2
Centrale	39,2	52,7	84,6	45,5
De la Kara	46,0	58,7	77,8	52,1
Des Savanes	49,8	62,5	85,7	51,4
TOTAL	40,0	51,5	65,5	45,2

informations sur la fièvre peuvent surestimer l'impact véritable du paludisme sur la santé des enfants dans la mesure où la fièvre est un syndrome lié à d'autres maladies que le seul paludisme.

Il ressort du tableau 6.12 que, selon les déclarations de la mère, parmi les enfants de moins de cinq ans, plus de deux sur cinq (43,2 %) ont souffert de fièvre pendant les deux dernières semaines précédant le passage de l'enquêtrice.

Il ne se dégage pas de différence importante dans la prévalence de la fièvre selon le sexe des enfants. En effet, la proportion d'enfants ayant eu une fièvre est de 42,8 pour cent chez les filles contre 43,6 pour cent chez les garçons. Il existe par contre un écart non négligeable entre le milieu urbain et le milieu rural. La prévalence de la fièvre est relativement plus élevée en milieu rural (44,9 %) qu'en ville (38,6 %). Si l'on suppose que le paludisme est à la base de la majorité des cas de fièvre, on peut dire que la prévention en vigueur en milieu urbain pourrait expliquer cette différence entre les villes et le milieu rural. La tranche d'âges allant de 6 à 23 mois semble particulièrement plus touchée par la fièvre. Ici aussi, on pourrait mettre cette "sur-intensité" relative de la fièvre sur le compte de la vulnérabilité qui caractérise les enfants à la sortie de la période d'immunisation acquise de la mère. Par rapport à la scolarisation de la femme, seuls les enfants issus de mères ayant au moins un niveau de l'enseignement secondaire présentent une prévalence plus faible que dans les autres groupes.

Les traitements contre la fièvre des enfants sont multiples comme l'indique le tableau 6.12. Un enfant sur trois a été présenté dans une formation médicale (30,8 %), et à plus de la moitié des enfants (56,5 %), on a administré de la nivaquine. Par ailleurs, à deux enfants sur cinq (43,6 %) on a donné de l'aspirine et à près d'un enfant sur cinq (17,7 %) on a donné un traitement de plante médicinale. Enfin, à 5,1 pour cent des enfants, on a administré les "gélules" du marché. Il s'agit de produits pharmaceutiques vendus au marché et qui sont utilisés en automédication pour traiter toute maladie. Il est évident que les mères togolaises prennent au sérieux la fièvre de leurs enfants puisque 3,6 pour cent des enfants seulement n'ont rien reçu comme traitement.

TABLEAU 6.12 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU DE LA FIEVRE DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants avec fièvre	Formation médical	Nivaquine	Aspirine	Autre comprimée	Injection	Plantes médicinales	Gellule du marche	Autre	Rien	Enfant moins de 5
AGE											
Moins de 6 mois	43,0	30,8	64,2	43,3	18,3	5,0	11,7	3,3	10,0	7,5	279
6-11 mois	57,1	33,5	52,6	36,4	21,4	9,2	15,0	5,8	12,1	6,4	303
12-17 mois	49,7	28,7	67,3	54,7	20,0	9,3	16,0	4,0	10,0	3,3	302
18-23 mois	52,6	35,5	61,0	49,6	19,9	21,3	19,1	5,7	7,1	5,0	268
24-59 mois	37,9	29,4	52,5	41,7	25,5	11,1	19,4	5,4	10,3	7,2	1616
SEXE											
Masculin	43,6	30,7	56,9	44,4	21,8	11,6	18,2	4,8	9,2	5,1	1398
Féminin	42,8	30,9	56,1	42,8	23,9	10,8	16,9	5,5	11,1	7,7	1370
MILIEU											
Urbain	38,6	41,8	56,0	51,8	30,5	19,5	12,4	2,5	17,4	3,9	731
Rural	44,9	27,4	56,7	41,1	20,5	8,6	19,1	5,9	7,9	7,1	2037
REGION											
Maritime	39,2	29,5	49,6	38,7	31,0	14,0	18,6	4,4	11,4	4,8	1054
Des Plateaux	45,5	22,1	64,2	47,0	17,5	7,0	21,1	4,9	13,0	3,5	627
Centrale	47,0	34,5	59,5	50,7	11,5	12,2	8,1	11,5	4,7	11,5	315
De la Kara	48,1	44,3	69,3	56,3	12,5	15,3	17,0	3,4	8,0	6,8	366
Des Savanes	42,9	31,0	44,8	31,0	32,2	6,3	17,8	3,4	9,2	9,8	406
INSTRUCTION											
Aucune instruction	43,4	26,7	55,1	37,9	22,4	7,9	19,1	6,1	8,5	8,4	1842
Primaire	45,1	36,6	59,9	55,7	21,7	16,6	15,9	3,8	10,2	2,9	697
Secondaire et plus	35,8	47,6	57,3	53,7	31,7	23,2	8,5	0,0	25,6	0,0	229
TOTAL	43,2	30,8	56,5	43,6	22,8	11,2	17,6	5,1	10,1	6,4	2768

Note: Le total des pourcentages des types de traitement et des enfants non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Il y a des différences dans les types de soins selon les variables socio-démographiques. Plus les femmes sont instruites, plus elles recourent aux traitements modernes (en particulier les formations sanitaires) et efficaces. Par milieu de résidence, les femmes urbaines et celles des régions de la Kara, Centrale et des Savanes sont les plus nombreuses à avoir utilisé les services de santé.

Pour ce qui est des problèmes respiratoires, le tableau 6.13 montre que les cas de "respiration difficile" concernent 10,5 pour cent d'enfants. Il y a eu plus de garçons que de filles qui ont souffert de cette affection (11,4 % contre 9,6 %). Le milieu rural a relativement plus de cas que le milieu urbain (11,3 % contre 8,3 %). Enfin, les régions de la Kara et des Savanes sont relativement moins touchées que les autres.

Tout comme dans le cas de la fièvre, un enfant sur trois (33,2 %) a été présenté dans un centre médical. Les autres principaux traitements administrés ont été des comprimés (39,1 %), des sirops (17,5 %), des injections (13,4 %) et des tisanes (12,3 %). Moins de 3 pour cent des cas ont été présentés à des guérisseurs et près de 16 pour cent n'ont eu aucun traitement.

TABLEAU 6.13 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU DES PROBLEMES DE RESPIRATION DIFFICILE DANS LES 2 DERNIERES SEMAINES ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants avec resp. dif.	Formation sanitaire	Sirop	Comprimées	Massage	Injection	Tisane	Guerisseur	Autre	Rien	Enf. moins de 5
AGE											
Moins de 6 mois	12,5	34,3	22,9	37,1	2,9	5,7	8,6	0,0	20,0	28,6	279
6-11 mois	13,2	30,0	15,0	30,0	7,5	10,0	10,0	2,5	37,5	17,5	303
12-17 mois	8,9	37,0	22,2	44,4	3,7	7,4	3,7	3,7	25,9	14,8	302
18-23 mois	14,6	48,7	23,1	33,3	7,7	20,5	2,6	7,7	28,2	17,9	268
24-59 mois	9,3	29,1	14,6	43,7	7,3	15,2	17,9	2,0	20,5	13,2	1616
SEXE											
Masculin	11,4	32,5	11,9	45,0	6,9	13,1	10,6	2,5	28,7	13,1	1398
Féminin	9,6	34,1	24,2	33,3	6,1	13,6	14,4	3,0	18,9	20,5	1370
MILIEU											
Urbain	8,3	49,2	34,4	49,2	6,6	19,7	8,2	3,3	14,8	14,8	731
Lomé	8,4	52,9	38,2	61,8	0,0	23,5	2,9	0,0	11,8	11,8	407
Autre Ville	8,3	44,4	29,6	33,3	14,8	14,8	14,8	7,4	18,5	18,5	324
Rural	11,3	29,0	13,0	37,2	6,5	11,7	13,4	2,6	26,8	16,9	2037
REGION											
Maritime	12,0	30,2	18,3	43,7	5,6	13,5	8,7	1,6	21,4	16,7	1054
Des Plateaux	11,3	28,2	19,7	42,3	7,0	11,3	7,0	2,8	29,6	12,7	627
Centrale	11,4	38,9	19,4	30,6	5,6	16,7	19,4	0,0	22,2	25,0	315
De la Kara	9,8	47,2	11,1	44,4	2,8	16,7	25,0	5,6	16,7	13,9	366
Des Savanes	5,7	34,8	13,0	17,4	17,4	8,7	17,4	8,7	39,1	17,4	406
INSTRUCTION											
Aucune instruction	10,8	26,6	12,1	36,2	7,0	10,6	13,1	2,5	27,6	19,1	1842
Primaire	10,0	41,4	20,0	45,7	7,1	18,6	12,9	4,3	20,0	10,0	697
Secondaire et plus	10,0	65,2	56,5	52,2	0,0	21,7	4,3	0,0	8,7	13,0	229
TOTAL	10,5	33,2	17,5	39,7	6,5	13,4	12,3	2,7	24,3	16,4	2768

Note: Le total des pourcentages des types de traitement et des enfants non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Ici aussi il y a des différences selon les variables socio-démographiques. En ce qui concerne les enfants souffrant de maladies respiratoires, ceux âgés de 18-23 mois, vivant en ville, issus de mères instruites et vivant dans la Région de la Kara et dans la Région Centrale sont les plus nombreux à recevoir des soins dans les formations sanitaires.

Prévalence de la rougeole

Le tableau 6.14 indique que parmi les enfants survivants de moins de cinq ans, moins de 20 pour cent (19,4 %) ont eu la rougeole. Ce sont surtout les enfants survivants de plus d'un an qui en ont souffert. Il apparaît que la prévalence a été plus forte en ville qu'en milieu rural (27,5 % contre 16,5 %). La Région des Savanes apparaît comme celle où la prévalence de la rougeole est la plus faible au Togo (7,9 %). Il convient de préciser que ces résultats ne mesurent pas l'importance réelle de la rougeole dans

la population, puisqu'ils concernent uniquement des enfants survivants et, en particulier, survivants à la rougeole. Les différences de prévalence selon les caractéristiques socio-démographiques masquent donc, peut-être, une situation qui est toute autre.

TABLEAU 6.14 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT EU LA ROUGEOLE ET QUI ONT REÇU DIFFERENTS TRAITEMENTS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants avec rougeole	Formation sanitaire	Guerisseur	Sirop	Comprimées	Suppositoire	Massage	Injection	Tisane	Pénicilline	Autre	Rien	Enfant moins de 5
AGE													
Moins de 6 mois	2,2	16,7	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0	50,0	16,7	279
6-11 mois	9,2	75,0	3,6	35,7	39,3	3,6	3,6	46,4	14,3	0,0	35,7	3,6	303
12-17 mois	15,2	67,4	4,3	28,3	43,5	6,5	10,9	45,7	32,6	10,9	26,1	2,2	302
18-23 mois	16,4	59,1	18,2	27,3	34,1	6,8	4,5	40,9	40,9	6,8	22,7	2,3	268
24-59 mois	25,6	72,9	5,6	30,0	47,5	7,0	5,1	58,8	25,9	6,3	22,0	1,5	1616
SEXE													
Masculin	19,5	71,3	6,6	27,6	48,5	6,3	5,1	56,3	27,9	5,5	22,4	0,7	1398
Féminin	19,3	70,2	6,0	32,1	41,9	7,2	5,7	54,0	26,0	7,2	24,5	3,0	1370
MILIEU													
Urbain	27,5	84,6	4,0	39,8	48,3	8,5	4,0	65,2	25,9	5,0	25,4	0,5	731
Lomé	32,2	84,7	3,1	38,2	50,4	9,2	3,8	63,4	21,4	3,8	25,2	0,0	407
Autre Ville	21,6	84,3	5,7	42,9	44,3	7,1	4,3	68,6	34,3	7,1	25,7	1,4	324
Rural	16,5	62,5	7,7	23,8	43,5	5,7	6,3	49,1	27,7	7,1	22,3	2,7	2037
REGION													
Maritime	26,7	69,4	8,2	28,1	42,7	6,0	5,7	51,6	25,3	4,3	22,1	1,4	1054
Des Plateaux	16,6	62,5	2,9	28,8	47,1	4,8	1,0	49,0	30,8	7,7	28,8	3,8	627
Centrale	19,0	76,7	6,7	28,3	35,0	8,3	8,3	61,7	26,7	10,0	11,7	3,3	315
De la Kara	16,4	75,0	5,0	21,7	46,7	10,0	6,7	60,0	38,3	10,0	31,7	0,0	366
Des Savanes	7,9	90,6	3,1	65,6	78,1	9,4	9,4	84,4	9,4	6,3	25,0	0,0	406
INSTRUCTION													
Aucune instruction	18,9	63,3	8,6	25,5	45,3	5,2	5,7	51,9	26,9	6,0	20,9	2,3	1842
Primaire	20,7	83,3	2,8	29,9	45,1	6,3	5,6	63,2	31,3	6,9	27,8	1,4	697
Secondaire et plus	19,2	88,6	0,0	63,6	45,5	20,5	2,3	54,5	13,6	6,8	29,5	0,0	229
TOTAL	19,4	70,8	6,3	29,8	45,3	6,7	5,4	55,1	27,0	6,3	23,5	1,9	2768

Note: Le total des pourcentages de types de traitement et des enfans non traités est supérieur à 100 pour cent en raison des réponses multiples.

Dans sept cas sur dix, un enfant malade de la rougeole a été présenté dans un centre médical (70,8 %). Les injections (55,1 %) et les comprimés (45,3 %) ont constitué les autres principaux traitements administrés aux enfants. Comme pour les cas de fièvre et des problèmes respiratoires, les enfants du milieu urbain sont les plus nombreux (84,6 % contre 62,5 % en rural) à être soignés dans les centres médicaux. Il en est de même pour les enfants issus de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (88,6 %) et celles ayant le niveau primaire (83,3 %) contre 63 pour cent des enfants de mères illettrées. Enfin, les enfants de la Région des Savanes sont relativement les plus nombreux (90,6 %) à être conduits dans les formations sanitaires en cas de rougeole.

6.3 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

L'EDST a collecté des données sur les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants âgés de moins de 3 ans à l'enquête. Il s'agit des enfants des femmes enquêtées, présents dans le ménage pendant l'enquête qui ont été pesés et mesurés. Un effectif de 1851 enfants ont été concernés par cette phase de l'EDST.

La méthodologie de la collecte des données a été celle du manuel des Nations Unies, "How to Weigh and Measure Children"; la pesée a été faite avec une balance Aanonsen modèle 102 de l'UNICEF et la mesure de la taille des enfants a été faite avec des toises des Productions Shorr.

Au niveau de l'analyse, une distinction est faite entre les enfants dont l'âge est connu avec précision et ceux dont l'âge a été estimé, avec ou sans l'aide de la mère. Seuls les enfants dont l'âge est connu avec précision sont retenus dans la suite de l'analyse. Il sera fait mention respectivement du rapport du poids à la taille (poids/taille), de la taille par rapport à l'âge (taille/âge) et du poids par rapport à l'âge (poids/âge) qui sont des indicateurs utilisés pour apprécier le statut nutritionnel des enfants au moment de l'enquête. Les données collectées au niveau des enfants de l'échantillon sont comparées à celle d'une population de référence internationale représentant des enfants bien nourris, le standard NCHS/CDC/OMS.[2] Pour les divers indicateurs étudiés, la comparaison de la situation dans l'échantillon s'est faite par rapport au nombre d'écarts-type à la médiane[3] selon le standard international.

Le rapport poids/taille permet d'estimer l'état nutritionnel dans une population, et plus précisément, mesure le niveau de prévalence de la malnutrition aiguë. Une famine, une période de déficience alimentaire de courte durée (période de soudure, etc...), une maladie de l'enfant (une diarrhée sévère, etc.) sont autant de facteurs pouvant entraîner un accroissement de la prévalence de ce type de malnutrition, par la perte de poids qu'ils occasionnent. Il existe un problème de malnutrition aiguë lorsque la proportion d'enfants dont le rapport poids/taille s'écartant d'au moins deux écarts-type dans la population étudiée est plus élevée que celle du standard, la même proportion dans la distribuiton de référence. Cette situation permet d'estimer l'état nutritionnel actuel qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. On ne saurait préciser davantage le rôle que jouent les facteurs saisonniers dans la prévalence de la malnutrition aiguë. Aussi les résultats peuvent dépendre de la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, vu que la plupart des facteurs, susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (une épidémie, etc...), sont très sensibles à la saison.

Le second indicateur est la taille/âge. Il permet d'estimer la prévalence de la malnutrition chronique au sein d'une population. Contrairement à la première catégorie, cette forme de malnutrition est parfois peu visible: c'est pourquoi elle est aussi appelée la malnutrition invisible. En effet, elle concerne souvent des enfants qui ne sont pas nécessairement en situation de malnutrition critique puisque le déséquilibre se situe entre l'âge et la taille de l'enfant. Un enfant qui a eu, à un moment de son existence, un problème de nutrition pendant une période plus ou moins longue, peut accuser un retard de croissance staturale, et adapter, avec le temps, son poids, (qui n'est pas nécessairement le poids qu'il aurait dû avoir en relation avec son âge) à sa taille réelle. Il a alors une taille inférieure à la moyenne de son âge alors que le poids peut être en équilibre avec la taille, donnant ainsi un rapport poids/taille normal. La prévalence se mesure, tout comme dans le cas précédent, par comparaison de la proportion des indicateurs inférieurs de plus de deux écarts-types avec le standard.

Le troisième indicateur, poids/âge, est souvent utilisé par les services de santé pour suivre la croissance des enfants. Sa valeur en tant qu'indicateur de l'état nutritionnel est réduite quand il n'en existe qu'une seule mesure. Il présente néanmoins l'intérêt de permettre d'établir les priorités basées sur la sévérité des problèmes de malnutrition. Il est sensible aux mêmes fluctuations saisonnières que le rapport poids/taille.

La combinaison entre la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë constitue sans doute les cas d'urgence dont la solution doit être immédiate.

Taille/âge

Cet indicateur a été calculé pour les enfants dont l'âge est connu avec exactitude dans l'EDST. Au total, 1396 enfants ont été pris en compte dans ce cas, comme le montre le tableau 6.15. Par rapport à la référence, la distribution de l'indicateur dans l'échantillon est très étalée: la malnutrition chronique (ou invisible) semble très fréquente dans la population des enfants de moins de 3 ans. Alors que dans le standard, 2,2 pour cent de la population sont écartés de la médiane d'une valeur égale à moins deux écarts-types et un pour mille, à moins trois écarts-types, dans l'échantillon EDST, ces valeurs sont respectivement 19,9 pour cent et 9,7 pour cent. L'allure de la courbe de la taille/âge de l'échantillon n'a pas du tout une forme de loi normale, contrairement à la courbe standard. La situation de la malnutrition chronique est beaucoup plus intense dans l'échantillon que dans le standard de référence.

Par rapport à certaines caractéristiques socio-démographiques, la prévalence de la malnutrition chronique est légèrement plus importante chez les garçons (32,2 %) que chez les filles (26,9 %). Selon l'âge, les enfants de moins d'un an sont relativement moins touchés que les autres (15,3 %). On peut émettre l'hypothèse que ces enfants, étant encore nourris au sein, bénéficient d'une alimentation suffisamment équilibrée pour leur éviter, sinon réduire, le risque de la malnutrition chronique. C'est chez les enfants de 12 mois et plus que la prévalence de cette forme de malnutrition est la plus intense (37,6 % entre 12 et 23 mois et 37,1 % entre 24 et 36 mois).[4]

Si l'on considère l'intervalle entre les naissances comme variable de contrôle, on se rend compte que les premières naissances sont les plus touchées par la malnutrition chronique (35,1 %). On peut se demander si ce fait est dû à un défaut d'expérience des mères dans la composition équilibrée de l'alimentation des enfants. Les enfants qui sont nés avec un intervalle de moins trois ans, connaissent une prévalence assez élevée de la malnutrition chronique (28,1 % pour les intervalles de moins de 2 ans et 30,0 % entre deux et trois ans); les naissances avec un intervalle de plus de quatre ans sont les moins touchées (22,1 %). De la même façon, les naissances multiples présentent une prévalence deux fois plus élevées que celle des naissances simples (60,6 % contre 28,2 %). La diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la fièvre sont également liées à une prévalence élevée de la malnutrition chronique. On peut penser que ces maladies, plutôt que les causes de la malnutrition chronique, en seraient les conséquences. En effet, le fait que les enfants aient été des malnutris chroniques a pu créer une situation de faiblesse physique généralisée favorisant les maladies.

Le fait pour la mère de résider en ville (21,3 % en ville contre 33,0 % en milieu rural) ou d'être instruite (31,5 % pour les femmes illettrées, 28,5 % pour les femmes de niveau primaire et 21,2 % pour le niveau secondaire ou plus) est lié avec une faible prévalence de la malnutrition chronique. Enfin, par rapport à la région économique de résidence, la prévalence va croissant de la Région Maritime (24,0 %) à la Région des Savanes (41,8 %). Les autres régions se situent entre ces deux situations: Région des Plateaux (26,2 %), Région Centrale (32,0 %) et Région de la Kara (34,3 %).

Poids/taille

Le rapport poids/taille est un indicateur qui rend compte, dans une moindre mesure, de la malnutrition chronique, mais surtout de la malnutrition aiguë. Contrairement à la situation observée dans le cas de la malnutrition chronique, le tableau 6.16 montre que la prévalence de la malnutrition aiguë, tout en étant importante, l'est cependant dans une moindre mesure: la proportion d'enfants que l'on peut considérer comme souffrant d'une malnutrition aiguë, modérée à sévère, est de 5,3 pour cent contre 2,3 pour le standard de référence. Le fait que l'enquête n'ait pas eu lieu dans une saison de soudure explique certainement ce résultat. De façon générale, le Togo ne faisant pas partie de ces pays où la famine et autres catastrophes (naturelles ou humaines) sévissent, il n'est pas du tout étonnant d'aboutir à un tel résultat quant à la malnutrition aiguë. En effet, l'étalement de la courbe d'écart à la médiane se rapproche beaucoup plus de la courbe de référence que dans le cas de la malnutrition chronique.

TABLEAU 6.15 REPARTITION (EN %) DES INDICES TAILLE/AGE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	Enfants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	10,1	22,1	28,1	35,7	2,4	1,7	100,0	715
Féminin	9,3	17,6	30,4	37,4	3,5	1,8	100,0	681
AGE								
0-11 mois	3,1	12,2	24,4	51,5	5,7	3,1	100,0	491
12-23 mois	14,0	23,6	30,9	29,8	1,1	0,7	100,0	457
24-36 mois	12,5	24,6	32,8	27,0	1,8	1,3	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	11,0	24,1	28,2	34,0	2,4	0,3	100,0	291
<2 ans	9,6	18,5	28,9	35,6	4,4	3,0	100,0	135
2-3 ans	9,8	20,2	31,5	34,6	2,5	1,4	100,0	731
4 ans ou plus	7,5	14,6	23,8	46,0	4,2	3,8	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	8,7	19,5	29,2	37,8	3,1	1,8	100,0	1335
Multiples	31,1	29,5	29,5	9,8	0,0	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhée	11,6	18,9	31,0	35,5	2,2	0,8	100,0	507
Pas de diarrhée	8,5	20,5	28,2	37,1	3,4	2,2	100,0	889
Toux	11,4	20,5	28,9	34,9	1,8	2,4	100,0	166
Pas de toux	9,4	19,8	29,3	36,7	3,1	1,6	100,0	1230
Malade	11,6	19,2	30,3	35,4	2,4	1,2	100,0	594
Pas malade	8,2	20,4	28,4	37,4	3,4	2,1	100,0	802
MILIEU								
Urbain	5,7	15,6	28,8	44,2	3,7	2,0	100,0	403
Rural	11,3	21,7	29,4	33,4	2,6	1,6	100,0	993
REGION								
Maritime	7,8	16,2	28,8	42,3	3,3	1,6	100,0	489
Des Plateaux	7,4	18,8	28,3	38,5	4,6	2,5	100,0	325
Centrale	9,9	22,1	29,1	34,9	1,7	2,3	100,0	172
De la Kara	10,6	23,7	31,9	30,9	2,4	0,5	100,0	207
Des Savanes	16,7	25,1	29,1	26,6	1,0	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	10,9	20,6	29,5	33,6	3,3	2,0	100,0	843
Primaire	7,9	20,6	29,2	39,6	1,2	1,5	100,0	407
Secondaire ou plus	7,5	13,7	27,4	45,2	5,5	0,7	100,0	146
TOTAL	9,7	19,9	29,2	36,5	2,9	1,7	100,0	1396

TABLEAU 6.16 REPARTITION (EN %) DES INDICES POIDS/TAILLE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	Enfants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	0,7	5,5	19,0	63,5	8,4	2,9	100,0	715
Féminin	0,3	4,1	21,4	60,2	11,9	2,1	100,0	681
AGE								
0-11 mois	0,4	2,0	12,6	55,6	22,6	6,7	100,0	491
12-23 mois	1,1	9,0	26,9	59,5	3,1	0,4	100,0	457
24-36 mois	0,0	3,6	21,7	71,2	3,6	0,0	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	0,7	4,8	20,3	63,9	7,2	3,1	100,0	291
<2 ans	0,0	6,7	25,9	60,0	5,9	1,5	100,0	135
2-3 ans	0,5	4,9	19,7	60,9	11,1	2,9	100,0	731
4 ans ou plus	0,4	3,3	18,4	63,6	13,0	1,3	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	0,5	4,9	19,7	62,0	10,3	2,6	100,0	1335
Multiples	0,0	3,3	31,1	59,0	6,6	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhée	0,8	5,9	22,5	59,2	9,5	2,2	100,0	507
Pas de diarrhée	0,3	4,2	18,9	63,4	10,5	2,7	100,0	889
Toux	0,6	3,0	17,5	65,7	10,2	3,0	100,0	166
Pas de toux	0,5	5,0	20,6	61,4	10,1	2,4	100,0	1230
Malade	0,7	5,2	21,5	60,4	9,8	2,4	100,0	594
Pas malade	0,4	4,5	19,2	63,0	10,3	2,6	100,0	802
MILIEU								
Urbain	0,2	3,5	18,6	62,8	13,2	1,7	100,0	403
Rural	0,6	5,3	20,8	61,5	8,9	2,8	100,0	993
REGION								
Maritime	0,0	1,8	15,5	67,1	13,5	2,0	100,0	489
Des Plateaux	0,3	0,6	15,4	69,8	9,5	4,3	100,0	325
Centrale	0,6	2,9	19,8	67,4	7,6	1,7	100,0	172
De la Kara	0,5	3,4	20,8	60,4	12,6	2,4	100,0	207
Des Savanes	2,0	21,7	38,9	33,5	2,5	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	0,6	6,3	23,8	57,3	9,7	2,3	100,0	843
Primaire	0,2	2,9	15,5	68,1	10,3	2,9	100,0	407
Secondaire ou plus	0,7	1,4	12,3	71,2	11,6	2,7	100,0	146
TOTAL	0,5	4,8	20,2	61,9	10,1	2,5	100,0	1396

Par rapport à certaines caractéristiques socio-démographiques, les cas de malnutrition aiguë, que l'on peut désigner comme problématiques, varient selon les modalités. Ainsi, encore une fois, les garçons sont plus touchés que les filles (6,2 % contre 4,4 %): une manifestation de la relative fragilité masculine? En tenant compte de l'âge des enfants, c'est entre l'âge de 12 et 23 mois que se retrouve la prévalence la plus élevée de malnutrition aiguë (10,1 %). Les enfants de moins de 12 mois présentent une prévalence à peine supérieure au standard (2,4 %): encore une conséquence de l'allaitement au sein jusqu'à 12 mois, puis du sevrage progressif ou définitif qui expose l'enfant aux maladies et à la malnutrition? Tout comme pour la malnutrition chronique, la durée de l'intervalle entre naissances est ici également liée à l'existence du problème de malnutrition aiguë. En effet, les intervalles entre naissances inférieurs à quatre ans ont les prévalences de malnutrition aiguë les plus élevées (3,7 % pour les intervalles de plus de 4 ans, entre 5,4 et 6,7 pour les autres).

La plupart des maladies d'enfance saisies dans l'EDST sont positivement liées avec la prévalence de la malnutrition aiguë: les enfants malades, à l'exception de ceux souffrant de maladies respiratoires, sont relativement plus nombreux à présenter des signes de malnutrition aiguë (diarrhée: 6,7 % contre 4,5 %, affections respiratoires: 3,6 % contre 5,5 %, fièvre: 5,9 % contre 4,9 %).

Le fait d'habiter en milieu rural entraîne pour les enfants une prévalence de malnutrition aiguë légèrement plus forte (5,9 % contre 3,7 % en milieu urbain). Enfin, la faible prévalence de la malnutrition aiguë semble liée à la scolarisation de la mère (6,9 % de malnutrition aiguë pour les femmes illettrées, 3,1 % pour les femmes de niveau primaire et 2,1 % pour celles de niveau secondaire ou plus).

Par rapport aux régions, le schéma de variation de la prévalence de la malnutrition aiguë est peu différent de celui de la malnutrition chronique: la Région des Plateaux a le niveau le plus faible (0,9 %), la Région des Savanes a le plus élevé (23,7 %). Entre ces deux situations extrêmes, on retrouve la Région Maritime (1,8 %), la Région Centrale (3,7 %) et la Région de Kara (4,0 %).

Poids/âge

Le rapport poids/âge de l'enfant dans l'échantillon montre un déséquilibre important comparativement au standard comme le montre le tableau 6.17. Alors que dans celui-ci, 2,3 pour cent de la population de référence se situe à deux écarts-types en dessous de la médiane, il y en a environ dix fois plus dans l'échantillon (24,4 %). Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, cet indicateur, du fait de son extrême sensibilité aux fluctuations saisonnières et parce qu'il n'en a été fait qu'une seule mesure, ne peut avoir d'autres utilités pour le moment que de servir de repères pour les programmes de protection de l'enfance.

Résumé de l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans

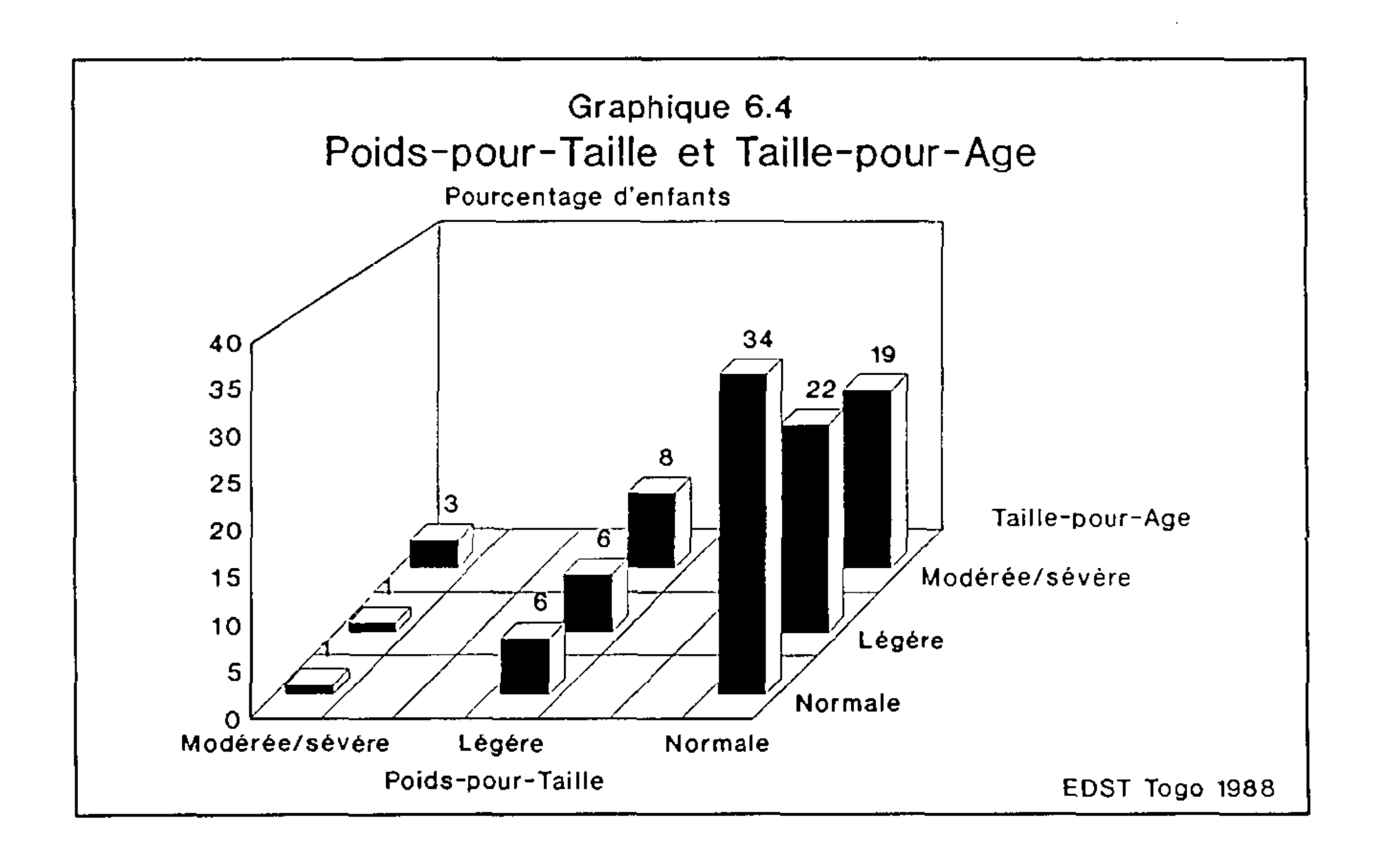
Le tableau 6.18 et le graphique 6.4 font le point de la situation de la malnutrition chez les enfants, telle qu'on peut la saisir à travers les mesures anthropométriques au Togo. Il ressort de ces données que deux enfants sur trois (67,7 %) ne sont concernés ni par une malnutrition chronique, ni par une malnutrition aiguë, du fait que les écarts à la médiane des indicateurs -- rapports poids-pour-taille et taille-pour-âge -- sont en dehors du seuil de malnutrition (deux écarts-type au dessous de la médiane de référence). Trois pour cent des enfants (2,6 %) ont présenté des signes de malnutrition aiguë alors qu'ils n'ont pas de problème de malnutrition chronique. Par contre, près de trois enfants sur dix (26,8 %) ont présenté des signes de malnutrition chronique alors que par rapport à la malnutrition aiguë, ils sont normaux. Au niveau de tous les enfants, trois pour cent (2,7 %) sont dans une situation de malnutrition à la fois chronique et aiguë. Les données de l'EDST suggèrent que la malnutrition chronique est la plus prévalente chez les enfants de moins de trois ans. Après la première année de vie, probablement du fait du sevrage et de l'introduction de nouveaux produits dans l'alimentation de l'enfant, il acquiert un retard statural. Il semble cependant qu'un équilibre s'établit par la suite avec l'âge puisque la conjonction de la malnutrition chronique et aiguë est relativement rare.

TABLEAU 6.17 REPARTITION (EN %) DES INDICES POIDS/AGE DES ENFANTS AGES DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE DE NCHS/CDC/OMS, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, EDST, 1988

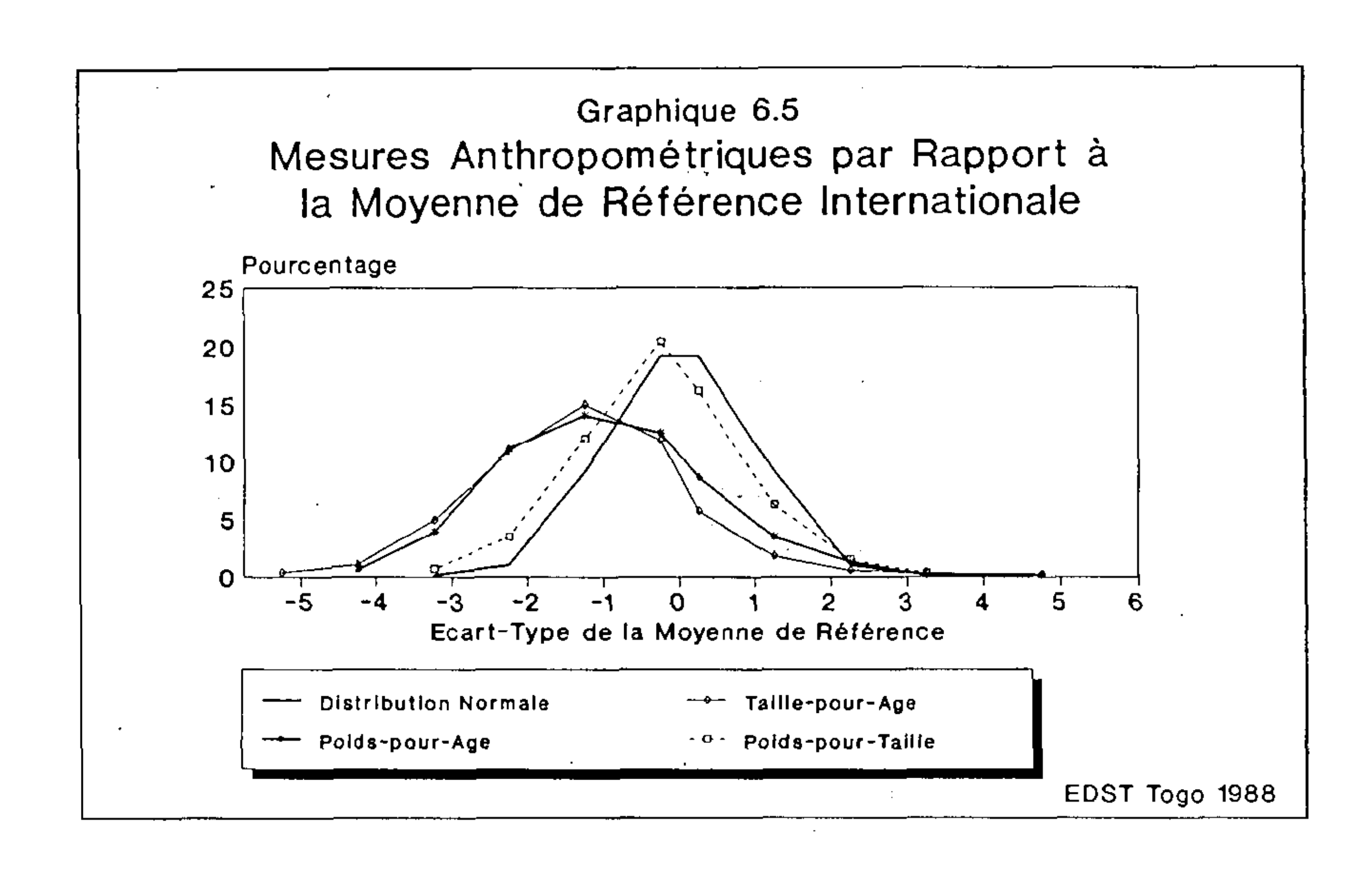
Caractéristiques socio-démographiques	-3 ET	-2 ET	-1 ET	0 ET	+1 ET	+2 ET	Total	Enfants 0-36 mois
REFERENCE	0,1	2,2	13,6	68,2	13,6	2,3	100,0	
SEXE								
Masculin	6,4	18,6	29,4	38,5	5,3	1,8	100,0	715
Féminin	5,7	18,1	27,3	40,4	5,6	2,9	100,0	681
AGE								
0-11 mois	3,3	10,4	16,1	51,3	12,6	6,3	100,0	491
12-23 mois	9,2	24,3	33,3	31,1	1,8	0,4	100,0	457
24-36 mois	0,0	21,0	36,8	34,8	1,3	0,0	100,0	448
INTERVAL								
1ère naissance	6,2	21,0	32,0	34,7	4,5	1,7	100,0	291
<2 ans	8,9	17,8	23,7	43,0	3,0	3,7	100,0	135
2-3 ans	5,6	18,9	28,9	38,7	5,7	2,2	100,0	731
4 ans ou plus	5,9	13,8	25,1	45,2	7,1	2,9	100,0	239
NAISSANCES								
Seules	5,5	17,3	28,4	40,7	5,7	2,5	100,0	1335
Multiples	19,7	41,0	27,9	11,5	C,0	0,0	100,0	61
MALADIES								
Diarrhée	7,3	20,9	28,0	37,7	4,7	1,4	100,0	507
Pas de diarrhée	5,4	16,9	28,6	40,4	5,8	2,9	100,0	889
Toux	5,4	19,3	28,3	38,0	6,0	3,0	100,0	166
Pas de toux	6,2	18,2	28,4	39,6	5,4	2,3	100,0	1230
Malade	7,1	20,0	27,9	38,4	4,9	1,7	100,0	594
Pas malade	5,4	17,1	28,7	40,1	5,9	2,9	100,0	802
MILIEU								
Urbain	4,0	11,9	28,3	47,1	6,0	2,7	100,0	403
Rural	6,9	20,9	28,4	36,3	5,2	2,2	100,0	993
REGION								
Maritime	2,9	12,5	28,6	47,4	5,7	2,9	100,0	489
Des Plateaux	2,2	15,4	29,5	41,8	7,7	3,4	100,0	325
Centrale	4,7	20,3	29,7	37,2	5,8	2,3	100,0	172
De la Kara	6,3	20,3	29,0	39,6	4,3	0,5	100,0	207
Des Savanes	21,2	33,5	24,1	17,7	2,0	1,5	100,0	203
INSTRUCTION								
Aucune instruction	7,9	21,5	27,0	35,3	6,0	2,1	100,0	843
Primaire	3,2	14,7	31,9	43,5	4,4	2,2	100,0	407
Secondaire ou plus	3,4	10,3	26,0	51,4	4,8	4,1	100,0	146
TOTAL	6,1	18,3	28,4	39,4	5,4	2,4	100,0	1396

TABLEAU 6.18 REPARTITION (EN %) DES INDICES TAILLE/AGE PAR POIDS/TAILLE DES ENFANTS DE 0 A 36 MOIS EN UTILISANT L'ECART-TYPE DE LA MEDIANE DE REFERENCE NCHS/CDC/OMS, EDST, 1988

	Taille/Age					
Poids/Taille	>0 ET	<=0 ET	<=-1 ET	<=-2 ET	<=-3 ET	Total
>0 ET	0,7	6,2	3,9	1,2	0,5	12,5
<=0 ET	3,2	23,4	18,2	11,8	5,2	61,8
<=-1 ET	0,6	5,8	5,7	5,4	2,7	20,2
<=-2 ET	0,1	1,0	1,1	1,4	1,1	4,7
<=-3 ET	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,6
TOTAL	4,6	36,5	29,2	19,9	9,6	93,3



Le graphique 6.5 présente une comparaison de l'état nutritionnel des enfants togolais, en utilisant les trois indices analysés plus haut et la distribution normale de la population de référence. La courbe poids/taille des enfants togolais est très proche de la répartition normale, ce qui indique qu'il n'existait pratiquement pas de malnutrition aiguë au Togo au moment de l'enquête. Par contre, les courbes taille/âge et poids/âge sont déplacées vers la gauche par rapport à la courbe de référence. Ces résultats suggèrent qu'il existe au Togo un problème de malnutrition chronique, dont les conséquences ne sont pas nécessairement visibles.



6.4 CONCLUSION

L'EDST a fait le point sur la situation sanitaire de la mère et des enfants de moins de cinq ans au Togo. Alors que pendant longtemps, les seules données disponibles sur la mortalité des enfants sur le plan national ont été celles de l'enquête post-censitaire de 1971, il est possible maintenant de connaître, non seulement le niveau de la mortalité infantile et juvénile sur le plan national mais aussi les tendances sur la dernière décennie.

Le quotient de mortalité infantile est passé de 107 pour mille dans la période 1973-1977 à 80,5 pour mille durant la période 1983-1988. Dans la même période, le quotient de mortalité juvénile est passé de 110,0 pour mille à 84,5 pour mille. En attendant de chercher à comprendre en profondeur les mécanismes de cette baisse de la mortalité des enfants au Togo, on peut déjà se rendre compte que près de neuf naissances sur dix (83 %) ont fait l'objet d'un suivi prénatal. De même, 7 femmes sur dix (70,4 %) sont vaccinées contre le tétanos, protégeant ainsi leurs enfants contre cette maladie. A l'accouchement, plus d'une femme sur deux (54,3 %) ont reçu l'assistance de personnel médical qualifié. Pour ce qui est de la couverture vaccinale des enfants de mois de cinq ans, 9 enfants sur dix (87,8 %) ont reçu au moins un vaccin.

En matière de prévalence des principales maladies d'enfance, 14,2 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée les dernières 24 heures qui ont précédé le passage de l'enquêtrice et 29,4 pour cent les deux dernières semaines. Un quart de ces enfants (25,4 %) a été présenté dans un centre médical pour recevoir un traitement; le SRO a été donné à 20 pour cent de ces enfants malades, tandis que 3% ont été traité á la solution salée sucrée préparée á domicile.

Deux enfants sur cinq (43,2 %) ont souffert de fièvre et 10,5 pour cent de maladies respiratoires les deux dernières semaines avant l'enquête. Un enfant sur trois a été amené dans un centre médical pour recevoir un traitement.

Un enfant survivant sur cinq a eu la rougeole, dont 70,8 pour cent ont été soignés dans un centre médical.

L'EDST a également examiné l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans. On a pu se rendre compte que la malnutrition chronique ou invisible est relativement importante au Togo tandis que la malnutrition aiguë est de moindre importance.

Notes:

1. Les données du tableau 6.1 n'ont pas été corrigées. La formule utilisée pour la correction revient à :

$$QMI' = ((D_{<12\ mois} + 1/2\ D_{12\ mois})/S_0\ ) * 1000$$
$$QMJ' = ((D_{1-<5\ ans} - 1/2\ D_{12\ mois})/(S_1 - 1/2\ D_{12\ mois})) * 1000$$

avec QMI' = Quotient de mortalité infantile corrigé
QMJ' = Quotient de mortalité juvénile corrigé
D<12 mois = Décès des enfants de moins de 12 mois
D12 = Décès à 12 mois
D1-<5ans = Décès entre 1 an exact et cinq ans exacts
S0 = Effectif des enfants à la naissance
S1 = Effectif des enfants à un an exact

2. NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National Américain des Statistiques Sanitaires);
CDC : Centers for Disease Control (Centre de contrôle des maladies);
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

3. La médiane et la moyenne sont identiques pour les variables qui suivent une distribution normale.

4. Proportion d'enfants âgés de 12-23 mois au dessous de 2 écarts-types dans certains pays ayant participé au programme EDS:

Burundi	50% (1987)
Brésil (Région Nord-Est)	39% (1986)
Colombie	25% (1987)
Mali	31% (1987)
Maroc	32% (1987)
République Dominicaine	22% (1987)
Sénégal	27% (1986)
Sri Lanka	31% (1987)
Thaïlande	22% (1987)
TOGO	27% (1988)

CONCLUSION GENERALE

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST) qui s'est déroulée en 1988 constitue sans aucun doute la source de données la plus riche sur la population et la santé au Togo. Réalisée par l'Unité de Recherche Démographique de l'Université du Bénin au Togo, la Direction de la Statistique et la Division de la Mère et de l'Enfant, avec la collaboration de l'Institute for Resource Development, elle a porté sur un échantillon national de 3360 femmes âgées de 15 à 49 ans. Elle a permis d'actualiser la connaissance des phénomènes démographiques comme la fécondité et la mortalité infantile ainsi que leur évolution pendant la dernière décennie. Par ailleurs, elle a fourni des données sur la connaissance et la pratique de la contraception et des informations de base sur la santé maternelle et infantile et l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans.

Le mariage demeure universel, tout au moins dans la population féminine, puisqu'à 40 ans, la quasi-totalité des femmes (99 %) ont contracté au moins une union. Il est apparu cependant que le calendrier de la primo nuptialité des femmes devient de plus en plus tardif: avant 20 ans, 3 femmes sur quatre ne sont pas encore mariées et l'âge médian des femmes à la première union est de 18,4 ans. Une femme sur quatre (23,2 %) a contracté plus d'une union.

En ce qui concerne les déterminants proche de la fécondité, les femmes togolaises allaitent au sein en moyenne pendant 22,6 mois, ont une durée d'aménorrhée de 14,4 mois et une durée d'abstinence post-partum de 17,5 mois.

Le niveau de la fécondité est demeuré pratiquement stable dans le temps. L'indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15 à 49 ans est de 6,6 enfants alors que la descendance des femmes âgées de 45-49 ans est de 7,3 enfants. L'âge médian d'entrée en fécondité est de 19 ans environ. La tendance future de la fécondité semble être à la baisse du fait des jeunes générations qui entrent en union plus tard que leurs aînées avec également des taux de fécondité relativement plus faible. Néanmois, cette tendance est relativisée par la faible prévalence de la contraception moderne: 3,4 pour cent. Il faut cependant garder à l'esprit que certaines méthodes dites naturelles, comme l'abstinence prolongée, est largement utilisée (21,8%), suivie de la continence périodique (6,4%).

L'EDST a également recueilli des données sur la mortalité infantile et juvénile ainsi que des informations relatives à la santé de la mère et de l'enfant. Le niveau de la mortalité infantile, entre la naissance et le premier anniversaire, est de 80 pour mille. Ce résultat a de quoi réjouir plus d'un responsable de la santé puisque deux décennies plus tôt, le taux de mortalité infantile était d'environ 130 pour mille. La situation de survie des enfants entre le premier et le cinquième anniversaire s'est également améliorée.

Les données collectées sur la santé de la mère et de l'enfant ont montré que malgré une fréquentation importante des centres de soins, la prévalence de la diarrhée et des maladies respiratoires est relativement élevée. On a pu aussi se rendre compte que la plupart des femmes avaient été vaccinées contre le tétanos pour protéger ainsi leurs enfants contre cette maladie.

Enfin, des informations importantes ont été collectées sur le statut nutritionnel des enfants. Le problème majeur qui prévaut au Togo est, comme dans la plupart des pays africains, celui de la malnutrition chronique ou invisible.

Malgré la contribution des résultats obtenus, une meilleure compréhension des phénomènes observés nécessiterait des analyses plus approfondies des données.

ANNEXE A

PLAN DE L'ENQUETE

A.1 PLAN DE SONDAGE

1. Objectifs

Le document du projet fixe la taille de l'échantillon à environ 4000 femmes de 15 à 49 ans. L'expérience d'autres pays africains indique qu'on peut prévoir une perte de l'ordre de 10 % lors des différentes opérations de l'enquête, que ce soit la conséquence:

- d'une couverture incomplète au stade du dénombrement des ménages;
- des ménages sélectionnés mais non contactés dans l'enquête;
- des ménages qui refusent l'enquête;
- des femmes sélectionnées mais non contactées;
- des femmes qui refusent l'enquête;
- des femmes exclues à la suite d'une déclaration erronée, par exemple, femme âgée de 49 ans déclarée 50.

Nous introduirons donc une majoration d'environ 10 pour cent pour compenser ces pertes dès le début. L'échantillon cible sera alors fixé à 4500 femmes dans l'espoir qu'on en enquêtera au moins 4000.

L'échantillon devra être représentatif au niveau national et de préférence **auto-pondéré**. C'est-à-dire que chaque femme de 15 à 49 ans aura la même chance d'être tirée dans l'échantillon. On peut calculer cette probabilité de la manière suivante:

- Population recensée le 15 novembre 1981: 2.719.000

- Taux d'accroissement annuel estimatif: 2,9%

- Date centrale de l'Enquête Démographique et de Santé: mai 1988

- Population estimée à cette date:
  $2.719.000 \times (1{,}029)^{6,5} = 3.274.000$

- Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans dans la population totale, selon le recensement:
  $(617.827/2.719.000) \times 100 = 22{,}7$ %

- Ce chiffre étant très stable entre pays africains (presque toujours entre 21 et 24), on supposera qu'il n'a pas changé depuis 1981. D'où le nombre de femmes de 15 à 49 ans existant au moment de l'enquête peut être estimé à: 22,7 % de 3.274.000 = 743.198

- Effectif visé pour l'échantillon: 4500

- Probabilité globale de sondage:
  4500 / 743.198 = 0,006055
  = 1 sur 165,2.

2. Base de Sondage

On distingue généralement 5 régions économiques au Togo:

Population recensée 1981 (x 1000)

Maritime	1030
Plateaux	649
Centrale	273
Kara	425
Savanes	329

Quant au découpage administratif, il y a 21 préfectures, dont chacune est constituée d'une commune urbaine et d'un certain nombre de cantons (parfois appelés "secteurs"). Au moment du recensement il y avait 171 cantons: aujourd'hui il y en a bien plus.

Le milieu urbain est défini comme l'ensemble des chefs lieux de préfectures. Ces 21 villes constituaient à l'époque du recensement 25 % de la population (dont Lomé toute seule: 14 %). Ces pourcentages auraient augmenté depuis cette époque.

Les villes se divisent en quartiers, qui correspondent en quelque sorte aux cantons ruraux.

Les cantons se divisent en villages. Au sein de certains villages (moins de 20 % des cas) on a distingué le village central, les hameaux dénommés individuellement, et les fermes (groupées). Le recensement fournit un chiffre de population pour chacune des unités mentionnées jusqu'ici, lorsqu'elle est distinguée.

En parallèle avec le découpage en villages, le recensement a élaboré un découpage en **zones de dénombrement** (ZD). Un village peut contenir plusieurs ZD, ou une ZD peut englober plusieurs villages. Les ZD ont été définies également en milieu urbain. Une ZD peut (malheureusement) croiser les limites d'un quartier urbain, mais jamais d'un canton rural.

Pour les ZD urbaines, par contre, bien qu'elles soient identifiées par un code (à 2 chiffres) dans le fichier informatique, aucune donnée n'a été publiée et on n'en a jamais élaboré une liste. Différemment des codes-villages, les codes-ZD ont été désignés en principe sur une base géographique, de façon à ce que deux ZD portant des numéros consécutifs soient généralement limitrophes.

Nous examinons ensuite le problème de la cartographie. La situation en est différente selon qu'il s'agit des villes ou des zones rurales.

Cartographie en milieu urbain

Pour les 21 villes, on dispose d'une carte générale sur laquelle on a tracé les limites de ZD déterminées avant le recensement.

Dans le cas des 4 villes les plus importantes (Lomé, Atakpamé, Sokodé et Kara) l'équipe de l'Enquête Budget Consommation a procédé en 1986 à une mise-à-jour de la base de sondage que constituait l'ensemble des ZD. Il s'agissait d'une révision des limites des ZD, d'une actualisation de leurs effectifs en population, et de l'élaboration d'un nouveau découpage dans les zones périphériques des villes afin de tenir compte des constructions les plus récentes. Les nouvelles ZD ont été délimitées de manière à englober chacune une population approximativement égale à celle des ZD du recensement, mais on n'avait pas cherché à fournir une estimation au niveau de la ZD individuelle.

Dans le cas de Lomé, la liste des ZD a été classée en 4 strates, selon l'époque de l'installation de la ville:

Strate 1: avant 1945
Strate 2: 1945-1970
Strate 3: 1970-1980
Strate 4: 1981 et après

Les populations manquent pour les ZD de la Strate 4. Quant aux autres, nous avons examiné les chiffres de population par ZD. Il y a 345 ZD (sans compter les 85 dans la Strate 4). Les populations se situent presque toujours entre 600 et 1200. Nous avons décidé de scinder en deux parties égales chaque ZD qui dépasse 1200 et de regrouper avec son voisin (le plus petit des deux voisins) chaque ZD qui contient moins de 600 habitants. Treize ZD devaient être ainsi regroupées avec un voisin et 30 scindées (parfois 2 ou 3 fois). Après cette opération on a calculé les principaux paramètres relatifs à la taille des unités avec les résultats suivants:

Taille moyenne: 843 habitants
Ecart-type des tailles: 172
Coefficient de variation: (172/843) x 100 = 20%

Pour la Strate 4 on dispose du nombre de concessions par ZD. Les paramètres correspondants pour cette variable sont les suivants:

Taille moyenne: 83,2 concessions
Ecart-type des tailles: 7,7
Coefficient de variation: 9%

On peut conclure que les unités ainsi obtenues seraient très homogènes en taille.

Enfin pour les 17 autres villes on n'a pas de mise-à-jour et la seule source pour les tailles des ZD était le recensement. Ces villes englobaient, en 1981, 30,5 % de la population urbaine, soit 8 % de la population nationale.

Cartographie en milieu rural

La situation dans ce secteur est beaucoup moins satisfaisante.

Des cartes ont été élaborées préalablement au recensement au niveau des cantons, sur lesquelles on a porté les limites des zones de contrôle du recensement. Celles-ci sont constituées en général d'un groupe de 3 à 5 zones de dénombrement. Dans certains cas les limites des ZD ont été portées sur la carte mais très souvent ces limites ne sont pas indiquées. On lit, souvent, dans la légende imprimée sur la carte les noms des villages ou hameaux qui sont censés constituer chaque ZD, mais il semble que ces listes soient incomplètes. En effet, la meilleure manière de déterminer la portée d'une ZD donnée qui est constituée de plusieurs petits villages, est d'examiner le nom du village inscrit par l'enquêteur sur chaque questionnaire rempli pour un ménage de la ZD. Ce nom a été saisi à l'ordinateur du recensement. Mais même cette solution fait défaut lorsqu'une ZD ne constitue qu'une partie d'un village. Il semble qu'il n'existe aujourd'hui aucune source de données qui nous permettrait de restituer le découpage des grands villages en ZD.

Enfin une dernière difficulté s'ajoute à nos problèmes. Nous avons déjà remarqué que certaines ZD sont divisées en villages alors que certains villages se divisent en ZD: mais ce qui est pire encore c'est que ces deux phénomènes peuvent être observés simultanément dans une même ZD. Par exemple, une ZD peut contenir un certain nombre de villages entiers et **en plus**, des parties de villages. Comme la subdivision des villages n'est jamais cartographiée, ce phénomène ne peut qu'accroître le nombre de ZD que nous ne pouvons définir exactement.

Nous passerons maintenant à la conception du plan de sondage et nous reviendrons plus tard à la question de l'unité aréolaire et à la résolution des problèmes que nous venons d'évoquer.

3. Le plan de sondage: vue générale

Nous prévoyons un sondage à 2 degrés. Au 1er degré on tirera un échantillon d'unités aréolaires (UA). La nature de cette unité, ZD, village ou autre unité, reste à déterminer. Au 2ème degré on tirera un échantillon de ménages dans les UA déjà tirées. Enfin on enquêtera chaque femme de 15 à 49 ans dans les ménages choisis.

Les UA peuvent être tirées avec probabilité soit constante p_{1i} pour l'UA numéro i. Au cas où les UA varient considérablement de taille, le tirage avec probabilité proportionnelle à la taille (approximative) est intéressant. Cette stratégie réduit la variance erreur tout en assurant un volume de travail à peu près constant par UA avec un échantillon autopondéré.

Si N_i est la population recensée dans l'UA i, le sondage avec probabilité proportionnelle à la taille (PPT) implique:

$$p_{1i} = k\ N_i$$

où k est une constante. Pour un échantillon autopondéré le produit de p_{1i} et p_{2i} doit être constant et égal à F, la probabilité globale de sondage. Nous avons donc:

$$p_{2i} = F/p_{1i} = F/(kN_i)$$

Si N_i ménages existent dans l'UA i, le nombre de ménages tirés sera:

$$N_i p_{2i} = N_i F/\ (kN_i) = \text{const.}$$

d'où on voit que le même nombre de ménages sera choisi dans chaque UA. Dans la pratique la valeur N_i observée dans le recensement ne sera pas atteinte exactement au moment du dénombrement qui précède l'enquête. Si on écrit N_i' pour ce dernier, on obtient pour le nombre de ménages tirés:

$$N_i' p_{2i} = (F/k)\ x\ (N_i'/N_i)$$

ce qui ne sera pas exactement constant. La méthode est cependant très utile lorsque la taille des UA varie beaucoup (disons avec un coefficient de variation supérieur à 30 ou 35 %). Vu les difficultés que nous avons décrites relatives à la base de sondage il est certain que cette situation se rencontrera en milieu rural. Pour le milieu urbain, par contre, nous avons vu que les UA seront peu variables (CV moins de 20 %): ici l'avantage de l'échantillonnage PPT sera minime.

Nous recommandons ainsi le tirage PPT en milieu rural mais avec probabilités constantes à chaque degré en milieu urbain.

4. Paramètres de l'échantillonnage

Nous avons déjà vu que la probabilité globale prend la valeur 1/165,2. Comment doit-on repartir cette probabilité entre les deux degrés de sondage?

Les analyses des variances et des coûts menées après les enquêtes analogues (EMF et EDS) dans d'autres pays africains indiquent que le nombre optimal de femmes à enquêter serait de l'ordre de 35 par UA dans le milieu rural et la moitié en milieu urbain.

Si on suppose un taux annuel d'accroissement de 4,4 % pour le milieu urbain on obtient l'estimation suivante quant à la population urbaine en mai 1988:

$684.121 \times (1,044)^{6,5} = 905.078$

ce qui correspond à 27,6 % de la population totale à cette date.

Si le taux global de sondage est le même partout et la taille moyenne des UA est la même en milieu urbain et rural, on doit doubler le taux du 1er degré en milieu urbain afin d'y tirer 2 fois moins de femmes par UA. Ceci donne la répartition suivante:

Urbain: 66 UA avec 17 ménages en moyenne dans chacune
Rural: 87 UA avec 33 ménages en moyenne dans chacune
Pour le **secteur urbain** on aura:

$$p_1 = 66/M_u$$

où M_u = le nombre d'unités primaires existant
et $p_2 = F/p_1 = M_u/(66 \times 165,2) = M_u/10903,2$

Le tirage peut être fait par sondage systématique (c'est-à-dire en tirant à un intervalle I constant dans la liste à partir d'un premier nombre aléatoire choisi entre 1 et I). L'intervalle de sondage sera, dans chaque cas, l'inverse de la probabilité. il reste d'ailleurs le même qu'il s'agisse des UA mises-à-jour ou des ZD du recensement.

La valeur de M_u doit être déterminée après avoir complété la scission des ZD supérieures à 1200 et le regroupement de celles inférieures à 600. (Rien n'empêche d'utiliser les mêmes chiffres limites ici pour les 4 grandes villes et pour les 17 moins grandes, même si pour le 1er groupe il s'agit des populations de 1986 et pour le 2ème groupe de 1981).

Pour le **secteur rural** on aura

$p_{1i} = 87\ N_i/N_r$

où N_r = la somme des "tailles" N_i sur l'ensemble des UA rurales, ces tailles étant les effectifs des populations recensées;

et $p_{2i} = F/p_{1i} = (N_r/87N_i) \times (1/165,2) = (1/14.372,4) \times (N_r/N_i)$

Encore une fois le tirage se fera par la méthode systématique: cependant pour le tirage au 1er degré on tire dans la colonne des cumuls des N_i, avec l'intervalle $N_r/87$, alors qu'au 2ème degré on tire dans la liste des ménages dénombrés, avec l'intervalle qui est l'inverse de p_{2i}, calculé pour chaque i.

Il faut bien noter que, pour déterminer la valeur N_r il faudra éliminer du total rural initial de 2.035.446, les populations recensées dans les anciennes zones périphériques des 4 grandes villes, qui ont été ajoutées à ces villes lors de leur mise-à-jour.

5. Choix des unités aréolaires

Nous traiterons d'abord du cas urbain.

Nous avons déjà vu qu'on dispose pour les 4 grandes villes des ZD renouvelées, et pour les 17 autres villes des ZD de 1981. Ces unités sont bien délimitées et très homogènes en matière de taille. Elles correspondent donc très bien aux besoins de l'enquête comme unités de sondage aréolaire.

Le cas du milieu rural est plus difficile. A première vue on devrait échantillonner les villages, ceux-ci étant au moins repérables sur le terrain. Cependant ils présentent deux inconvénients majeurs:

1. Ils sont excessivement variables en matière de taille et

2. Ils ne sont pas distingués en général des hameaux ni des fermes au sein du fichier informatique. Or un village qui a une population de moins de 150 au recensement aura une probabilité p_{2i} supérieure à 1, ce qui est inadmissible. Afin de nous donner une marge de sécurité nous proposons que chaque UA qui ne dépasse pas 300 habitants au recensement soit regroupé avec un autre. Mais comment peut-on regrouper les villages voisins si on ne sait pas où se trouvent chaque village? Rappelons que les codes-villages sont alloués selon l'ordre alphabétique au sein du canton, plutôt que selon la situation sur la carte. Le seul élément qui permet de savoir quels villages sont rapprochés les uns des autres est le fait qu'ils appartiennent à la même ZD. La ZD, bien qu'elle ne soit définie sur aucune carte, possède au moins cet avantage qu'elle représente un groupement physique de villages en fonction de leur proximité.

C'est ce raisonnement qui nous a amené à commander un listing informatique sur la base suivante. Le premier critère serait la ZD, ordonnée selon le numéro de code au sein du canton. Pour chaque ZD on donne la liste des villages qu'elle contient, c'est-à-dire chaque village dont le nom figure sur un questionnaire quelconque classé dans la ZD. Malheureusement le fichier informatique n'a jamais distingué les hameaux, ni les fermes, des villages centraux et des villages proprement dits. Chacune de ces entités est donc sortie sur la liste comme une ligne sans distinction. Enfin pour chaque ligne on a demandé la population recensée ainsi que le cumul des populations du début jusqu'à la fin de la liste. Une ligne de ce listing constitue donc une intersection de deux ensembles: les ZD d'une part et les villages/hameaux/fermes d'autre part. Autrement dit, c'est la partie d'un village (ou d'un hameau ou d'une ferme) qui se situe dans une ZD.

Au premier abord, on tirera un échantillon de villages. Ceci se fera par tirage systématique dans la colonne des cumuls. On tombera sur une ligne donnée: on lit le nom du village: on cherche ce nom également dans toutes les autres ZD du même canton et on réunit ainsi les différents morceaux, en additionnant leurs populations pour obtenir la taille N_i.

Mais comment regrouper les villages trop petits? La meilleure solution semble être la suivante: si le village choisi ne dépasse pas le seuil de 300 on prendra l'ensemble de la ZD dans laquelle il se trouve. (Toutes les ZD dépassent 300). Plus exactement, puisque les ZD ne peuvent être reconnues sur les cartes, on prendra l'ensemble des villages qui figurent sur la liste dans la ZD. Mais avant de faire cela il faudrait que les multiples répétitions d'un même village soient regroupées sous une seule ZD. On examinera donc d'abord ces répétitions et on reclassera le village entièrement dans la ZD qui contient le plus grand morceau de ce village.

Un problème reste encore. D'après ce qu'on vient de dire, un village qui dépasse 300 sera choisi en tant que tel, alors que s'il est inférieur à ce seuil la ZD entière sera prise. Mais avec ce système un village de plus de 300 aura deux chances d'être représenté: l'une vient de ce qu'il peut être tiré lui-même (probabilité kN_i) et l'autre qu'un autre village, d'une taille inférieure à 300, mais dans la même ZD peut être tiré (probabilité kN_j). On doit donc changer les règles: on dira que, s'il existe même un seul village dans la ZD qui ne dépasse pas le seuil on prendra l'ensemble de la

ZD quel que soit le village tiré. Notons à propos que cette règle éliminera le problème des petits hameaux et fermes.

A l'autre extrémité, il faut fixer une limite supérieure en ce qui concerne les UA car, autrement, le coût du dénombrement pourrait croître pratiquement sans limite. Vue l'absence quasi-totale de cartes qui permettraient de découper les villages nous proposons un niveau élevé pour cette limite, soit 3000. Au-delà de cette limite on doit donc trouver le moyen de découper une UA tirée. Si on ne trouve pas de carte on sera obligé d'en créer une sur le terrain. Quant au nombre de segments à créer dans des telles UA, nous proposons une formule simple. Soit T_i la population recensée pour cette UA. On examinera le chiffre de gauche dans T_i (c'est-à-dire le chiffre des milliers). Appelons ce chiffre C. On doit alors définir C segments, de taille approximativement égale. On adoptera pour le calcul de p_{2i} la valeur $N_i = T_i /C$ pour la taille du segment.

TABLEAU A.1 DONNEES SUR L'ETABLISSEMENT DE L'ECHANTILLON ET LES TAUX DE REPONSE EN %, EDST, 1988

Résultats	Urbain	Rural	Total
1. Ménages sélectionnés - Effectifs	1354	2644	3998
Ménages trouvés	82,0	90,6	87,7
Ménages non trouvés	14,5	7,2	9,7
Autre	3,5	2,2	2,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0
2. Ménages trouvés- Effectifs	1110	2396	3506
Interviewés	97,7	98,0	97,9
Pas interviewés	2,3	2,0	2,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0
3. Femmes éligibles- Effectifs	1194	2215	3409
Interviewées	99,0	98,3	98,6
Absentes	0,3	0,2	0,3
Refus de réponse	0,3	0,3	0,3
Interview incomplète	0,0	0,2	0,1
Autre	0,4	1,0	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

A.2 CALENDRIER DE L'EDST

	ACTIVITES	DATE PREVUE	DATE D'EXECUTION
1.	Signature du contrat	juin 1987	juillet 1987
2.	Adaptation du questionnaire	juillet 1987	août 1987
3.	Traduction du questionnaire	juil-août 1987	sept-oct. 1987
4.	Adaptation des manuels	août 1987	sept-oct. 1987
5.	Recrutement du personnel	septembre 1987	octobre 1987
6.	Pré-enquête	oct-nov. 1987	oct-nov. 1987
7.	Echantillonnage	octobre 1987	décembre 1987
8.	Dénombrement	oct-déc. 1987	fév-avril 1988
9.	Formation	janvier 1988	mai-juin 1988
10.	Collecte des données	fév-mai 1988	juin-oct. 1988
11.	Saisie et traitement	mars-juin 1988	juil-nov. 1988
12.	Tabulation	juin-sept. 1988	janv-fev. 1989
13.	Rapport préliminaire	juil-oct. 1988	février 1989
14.	Analyse des résultats	nov 88-janv.89	mars-mai 1989
15.	Rapport final	nov 88-fév. 89	avril-juin 89
16.	Revision du rapport final	mars-mai 1989	août 1989
17.	Publication du rapport final	juin 1989	octobre 1989
18.	Séminaire national	juillet 1989	novembre 1989
19.	Vérification comptable	août 1989	décembre 1989

A.3 PERSONNEL DE L'EDST

PERSONNEL NATIONAL

1. Directeur National

Kuakuvi GBENYON	Directeur de l'Unité de Recherche Démographie (URD)

2. Equipe Technique

Kodjo ANIPAH	Chef de Division de la Démographie et des Statistiques Sociales, Direction de la Statistique
Mensah ASSOGBA	Chercheur à l'URD
Akoua AGOUNKE-ATCHRIMI	Chercheur à l'URD

3. Chefs d'équipe

Mata-Esso	ADJARO
Abdoulaye	ALASSANI
Mensah-sédo	AMLALO
Wattara	DARAGO
Awaga	FENOU

4. Contrôleuses

Essi	ADA
Afi	AGBENYA
Amah	BLAOTEKIZI
Massalou	BODJONA
Tignoity	DALLH
Yendoubé	KOLANI
Akouélé	LABITEY
Dédégan	LOCOH

5. Enquêtrices

Aboyamma	ABRANGAO	Adjara	BOUKARI
Mawussé Adjo	ADADJO	Délali	DOGBE
Balima	ALLOU	Ablavi-Massan	SOSSOU
Akouvi	AMEHOUDJE	Agowê	MADJAPRE
Rabiétou	ASSOUMAIROU	Mataba	MOROUMA
Djaye	ATAKPA-BEM	Labopou	OUADJA
N'nam	BACOULOU	Dêti	SEHOUENOU
Yenawouna	BAWATEGMA	Nouguiboame	TIEM
Madoukporou	WILIFEI		

6. Responsable informatique

Messan	ADADE

7. Archiviste

Kossiwa E.	NOMESSI

8. Opératrices de saisie

Enyonam	AFAN-SODOKPO
Adakou	ALOEGNIKOU
Akouvi	ATTIOGBE
Massan	AZY
Essohana	HADA
Mana	SOGLOHOUN

9. Chauffeurs

Adia	ANAYAME
Abou	BAOULE
Komla	EYEBIYI
Abalo	KASSEGNE
Aboubakar	SIDI
Koffi	KPONKE
Sanou	ZAKARIA

10. Gestionnaire

Koffi	GBODOSSOU

11. Secrétaires

Abla	AMEGBEDJI
Akouélé	d'ALMEIDA

12. Sages-femmes

Hohionon	MENSAH

13. Traducteurs

Adjoa	AMOUZOU-NOMENYO
Aminata	ABDOULAYE
Datchali	AGBA
Dindiogue	GOGUE

CONSULTANTS DE L'IRD/MACRO SYSTEMS

Mohamed	AYAD	Coordonnateur Régional
Cindi	STANTON	Monitrice de Pays
Jim	OTTO	Informaticien
Chris	SCOTT	Spécialiste en sondages
Bernard	BARRERE	Démographe
Trévor	CROFT	Informaticien
Alfredo	ALIAGA	Spécialiste en sondages
Thanh	LE	Statisticienne
Kaye	MITCHELL	Associée Administrative
Sidney	MOORE	Editeur
Robert	WOLF	Présentation graphique

ANNEXE B

ERREURS DE SONDAGE

B.1 Exposé de la Méthode de Calcul

Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon auto-pondéré de 3360 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres répondants, on a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été quelque peu différentes de celles qu'on a présentées. C'est l'incertitude de cette assomption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon. L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage. On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même. Cet indice a pour propriété que:

1) dans 2 échantillons sur 3, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle ± ET de la moyenne observée.

2) dans 19 échantillons sur 20, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de ± 2 ET.

A titre d'exemple, pour l'ensemble des femmes, l'EDS-Togo a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,209 auquel correspond une erreur-type de 0,07 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne ± 2 ET est donc de 3,069 à 3,348. La probabilité que la vraie valeur ne soit pas à l'intérieur de cet intervalle est de 5 pour cent, si on suppose que les femmes enquêtées ont répondu correctement aux questions dans le tableau des naissances.

Il existe un deuxième indice souvent utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage ou effet de grappe: c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si on avait eu recours à un sondage aléatoire simple. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi (au Togo, un échantillon à degrés multiples stratifiés) se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de la même taille. Autrement dit, la REPS mesure la perte de précision de sondage due au fait qu'on a utilisé un plan de sondage complexe. Les deux principaux facteurs qui déterminent sa valeur sont le nombre moyen de ménages tirés dans chaque grappe et l'homogénéité relative des réponses pour une variable donnée, à l'intérieur et entre les grappes. Pour des échantillons tirés à partir de très petites grappes, pour des très petits sous-échantillons dans des grappes de n'importe quelle taille, et pour des variables relativement homogènes, on peut s'attendre à ce que l'effet de grappes ne soit pas très différent de 1. Ceci veut dire qu'on aura perdu très peu en matière de précision d'échantillonnage, du fait du tirage d'un échantillon en grappes par rapport à un sondage aléatoire simple.

B.2 Formules et Procédés d'Estimation

La méthode de calcul pour estimer les erreurs de sondage dans un échantillon stratifié à degrés multiples se présente comme suit:

On a $r = y/x$ dans lequel y et x sont deux variables dont on veut estimer le rapport. (Cette méthode de calcul s'applique également pour des estimations telles que les moyennes, les proportions ou les pourcentages, on les considère comme des cas particuliers de rapports). Si "j" représente un individu, "i" est l'Unité Primaire de Sondage (UPS), et "h" la strate dans laquelle se trouve l'UPS. On a:

y_{hij} = valeur de la variable y pour un individu j, de l'UPS i et de la strate h;
y_{hi} = $\Sigma_j y_{hij}$ somme des y pour tous les individus de l'UPS i;
y_h = $\Sigma_i y_{hi}$ somme des y_{hi} pour toutes les UPS de la strate, et
y = $\Sigma_h y_h$ somme des y_h pour toutes les strates de l'échantillon.

On peut définir les mêmes termes pour la variable x. La variance ET (égale au carré de l'erreur-type) du rapport r = y/x est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right] \qquad (1)$$

où

f	=	taux global de sondage (dans ce cas, négligeable),
m_h	=	nombre de UPS de la strate h,
H	=	nombre de strates de l'échantillon,
r	=	rapport des deux sommes y et x,
z_{hi}	=	y_{hi} - $r.x_{hi}$ et,
z_h	=	$\Sigma_i z_{hi} = y_h - r.x_h$

Pour appliquer cette formule, il faut avoir au moins deux UPS par strate, c'est-à-dire $m_h \geq 2$.

L'équation (1) s'applique également aux estimations calculées pour un sous-ensemble de l'échantillon. On ignore alors pour le calcul, les individus, les UPS ou les strates qui n'appartiennent pas au sous-ensemble. Les sommes (Σ) ne sont calculées que pour les unités qui appartiennent au sous-ensemble considéré.

Pour estimer l'effet du plan de sondage, on a besoin de l'erreur-type d'un rapport r qui correspondrait à un échantillon équivalent tiré entièrement au hasard (ETA).

$$ETA^2(r) = \frac{1-f}{n-1} \left(\frac{\Sigma z_{hij}^2}{n} \right)$$

où n est la dimension finale de l'échantillon et représente la somme de tous les individus de l'échantillon.

Comme on l'a dit auparavant, les moyennes, proportions ou pourcentages sont simplement des cas particuliers de rapport.

Pour des sous-ensembles d'échantillons dans lesquels l'erreur-type n'est pas donnée, on peut estimer l'effet de taille des sous-populations par la formule empirique suivante:

$$REPS = \left(\frac{ET^2}{ETA^2} \right)^{1/2}$$

Comme on l'a noté auparavant, ceci est une valeur plus proche de 1 que REPS puisque l'effet du plan de sondage est moindre pour des échantillons plus petits.

La variance de la différence de deux moyennes de sous-ensembles appartenant à un échantillon à degrés multiples stratifié est donnée par la formule suivante:

$$ET^2(r - r') = ET^2(r) + ET^2(r') - 2 \, cov(r,r')$$

soit encore:

$$ET^2 (r - r') = var (r - r') = var (r) + var (r') - 2 \; cov (r,r')$$

où (') réfère au deuxième sous-ensemble.
$ET^2(r)$ et $ET^2(r')$ sont obtenues à partir de l'équation (1) où la covariance est obtenue par:

$$cov(r,r') = \frac{1-f}{x \cdot x'} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi} z'_{hi} - \frac{z_h z'_h}{m_h} \right) \right]$$

En général, la cov(r,r') est positive du fait de la corrélation positive entre les caractéristiques des individus dans les deux sous-ensembles puisqu'ils appartiennent à une même grappe.

B.3 Construction des Tableaux

Dans le tableau B.1 on présente pour l'ensemble de l'échantillon femme, la moyenne ou la proportion de la variable (m), l'erreur-type (ET), l'effectif de la population de base auto-pondéré (N), l'écart-type d'un échantillon aléatoire simple (ETA), l'effet de grappe (REPS), l'erreur relative ER = ET/m, et l'intervalle de confiance autour de la moyenne ou de la proportion au niveau de probabilité 95 pour cent (m - 2ET à m + 2ET), pour chacune des variables applicables. Les tableaux B.2 et B.3 donnent la moyenne ou pourcentage, l'erreur-type, l'effectif de l'échantillon et l'effet de grappe pour certaines sous-populations.

LISTE DES VARIABLES UTILISEES POUR LE CALCUL DES ERREURS DE SONDAGE

URBAIN	Urbain	Proportion	Toutes les femmes
AUCINS	Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes
SECOND	Secondaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes
UNION	En union	Proportion	Toutes les femmes
CELIB	Célibataire	Proportion	Toutes les femmes
AUNION	Age à la première union	Moyenne	Femmes en union
UNAV20	En union avant 20 ans	Proportion	Toutes les femmes
ENV	Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes
ESUR	Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes
ENC	Enceinte	Proportion	Toutes les femmes
CMET	Connaissance d'une méthode	Proportion	Femmes en union
UMET	A utilisé une méthode	Proportion	Femmes en union
AMET	Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes en union
AMETRA	Utilise actuellement une méthode traditionnelle	Proportion	Femmes en union
UABPER	Utilise actuellement l'abstinence périodique	Proportion	Femmes en union
RAINON	Raison de non-utilisation: manque d'information	Proportion	Femmes en union
NEVEUT	Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes en union
RETARD	Veut retarder au moins 2 ans	Proportion	Femmes en union
IDEAL	Taille idéale	Moyenne	Toutes les femmes
ENFDEC	Enfants décédés	Moyenne	Toutes les femmes
ENFDEP	Enfants décédés	Proportion	Toutes les femmes
ENV40	Enfants nés vivants	Moyenne	Femmes 40-49 ans
PRENAT*	Consultation prénatale	Proportion	Naissances derniers 5 ans
ACCOUC*	Assistance à l'accouchement	Proportion	Naissances derniers 5 ans
ALLAIT*	Allaitement	Moyenne	Toutes les femmes
AMENO*	Aménorrhée	Moyenne	Toutes les femmes
ABSTI*	Abstinence port-partum	Moyenne	Toutes les femmes
TETAN*	Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection anti-tétanique	Proportion	Naissances derniers 5 ans
DIAR*	Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
DIARTR*	Ayant reçu un traitement pour la diarrhée	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois avec la diarrhée
FIEV*	Fièvre dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
FIEVTR*	Ayant reçu un traitement pour la fièvre	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois avec la fièvre
RESP*	Respiration difficile dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
RESPTR*	Ayant reçu un traitement pour la respiration difficile	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois avec la respiration difficile
WCARD*	Ayant un carnet de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
ANYIMN	Ayant au moins une vaccination	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois

* L'erreur de sondage est calculée sur l'effectif des femmes et non sur celui des enfants.

TABLEAU B.1 ERREURS DE SONDAGE POUR L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON

VARIABLE	m	ET	N	ETA	REPS	ET/m	m-2ET	m+2ET
URBAIN	.352	.030	3360.0	.008	3.630	.085	.292	.412
AUCINS	.582	.021	3360.0	.009	2.476	.036	.540	.624
SECOND	.125	.010	3360.0	.006	1.726	.079	.105	.145
UNION	.730	.011	3360.0	.008	1.422	.015	.709	.752
CELIB	.220	.010	3360.0	.007	1.389	.045	.200	.240
AUNION	17.683	.087	2454.0	.068	1.272	.005	17.508	17.857
UNAV20	.587	.011	3360.0	.008	1.331	.019	.565	.610
ENV	3.209	.070	3360.0	.051	1.355	.022	3.069	3.348
ESUR	2.613	.050	3360.0	.042	1.210	.019	2.512	2.714
ENC	.108	.006	3360.0	.005	1.117	.055	.096	.120
CMET	.958	.006	2454.0	.004	1.381	.006	.946	.969
UMET	.735	.012	2454.0	.009	1.345	.016	.711	.759
AMET	.031	.004	2454.0	.003	1.195	.135	.023	.039
AMETRA	.306	.013	2454.0	.009	1.356	.041	.281	.332
UABPER	.064	.007	2454.0	.005	1.480	.115	.049	.078
RAINON	.129	.008	3360.0	.006	1.315	.059	.114	.145
NEVEUT	.248	.011	2454.0	.009	1.258	.044	.226	.270
RETARD	.473	.011	2454.0	.010	1.059	.023	.451	.494
IDEAL	5.268	.080	3342.0	.041	1.943	.015	5.107	5.428
ENFDEC	.596	.026	3360.0	.018	1.414	.044	.544	.648
ENFDEP	.186	.005	3360.0	.004	1.205	.028	.175	.196
ENV40	7.077	.129	506.0	.121	1.073	.018	6.818	7.336
PRENAT	.807	.028	3360.0	.009	3.205	.034	.751	.863
ACCOUC	.543	.030	3360.0	.011	2.714	.055	.483	.602
ALLAIT	22.593	.375	3360.0	.385	.973	.017	21.843	23.343
AMENO	14.415	.422	3360.0	.389	1.085	.029	13.570	15.260
ABSTI	17.515	.512	3360.0	.422	1.214	.029	16.490	18.539
TETAN	.704	.025	3360.0	.010	2.557	.035	.654	.754
DIAR	.294	.010	3360.0	.009	1.160	.036	.273	.315
DIARTR	.819	.018	3360.0	.014	1.300	.022	.783	.856
FIEV	.432	.013	3360.0	.010	1.263	.029	.407	.457
FIEVTR	.936	.009	3360.0	.007	1.253	.010	.918	.955
RESP	.105	.008	3360.0	.006	1.222	.072	.090	.121
RESPTR	.853	.025	3360.0	.022	1.123	.029	.803	.902
WCARD	.660	.024	3360.0	.020	1.195	.036	.612	.707
ANYIMN	.933	.011	3360.0	.010	1.093	.012	.910	.956

TABLEAU B.2 ERREURS DE SONDAGE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE, LOME

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	1.000	.000	750.0	.000
AUCINS	.356	.023	750.0	1.317
SECOND	.253	.022	750.0	1.372
UNION	.561	.016	750.0	.885
CELIB	.376	.018	750.0	1.014
AUNION	19.059	.242	421.0	1.360
UNAV20	.368	.019	750.0	1.084
ENV	2.044	.084	750.0	.982
ESUR	1.791	.070	750.0	.929
ENC	.084	.011	750.0	1.041
CMET	.983	.005	421.0	.847
UMET	.684	.021	421.0	.908
AMET	.069	.016	421.0	1.287
AMETRA	.238	.023	421.0	1.104
UABPER	.097	.015	421.0	1.003
RAINON	.093	.015	421.0	1.049
NEVEUT	.299	.019	421.0	.861
RETARD	.423	.023	421.0	.964
IDEAL	4.093	.064	749.0	1.168
ENFDEC	.253	.025	750.0	1.094
ENFDEP	.124	.010	750.0	1.032
ENV40	5.446	.284	74.0	.985
PRENAT	.963	.013	750.0	1.444
ACCOUC	.912	.021	750.0	1.424
ALLAIT	17.500	.895	750.0	.867
AMENO	10.625	1.064	750.0	1.121
ABSTI	10.875	.924	750.0	.932
TETAN	.857	.023	750.0	1.229
DIAR	.226	.024	750.0	1.147
DIARTR	.772	.045	750.0	.983
FIEV	.369	.027	750.0	1.131
FIEVTR	.947	.023	750.0	1.153
RESP	.084	.016	750.0	1.188
RESPTR	.912	.050	750.0	1.027
WCARD	.514	.055	750.0	.944
ANYIMN	.932	.022	750.0	.766

TABLEAU B.2 (SUITE) AUTRES VILLES

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	1.000	.000	432.0	.000
AUCINS	.405	.031	432.0	1.312
SECOND	.234	.024	432.0	1.158
UNION	.657	.020	432.0	.854
CELIB	.285	.018	432.0	.832
AUNION	18.025	.237	284.0	1.081
UNAV20	.523	.022	432.0	.930
ENV	2.664	.121	432.0	.922
ESUR	2.248	.113	432.0	1.042
ENC	.090	.014	432.0	1.035
CMET	.958	.017	284.0	1.430
UMET	.778	.027	284.0	1.106
AMET	.060	.012	284.0	.848
AMETRA	.282	.024	284.0	.903
UABPER	.088	.023	284.0	1.387
RAINON	.095	.021	284.0	1.220
NEVEUT	.275	.029	284.0	1.091
RETARD	.458	.024	284.0	.810
IDEAL	4.716	.131	429.0	1.361
ENFDEC	.417	.028	432.0	.683
ENFDEP	.156	.010	432.0	.866
ENV40	6.333	.392	57.0	1.038
PRENAT	.969	.009	432.0	.946
ACCOUC	.863	.023	432.0	1.099
ALLAIT	19.929	1.105	432.0	.995
AMENO	10.607	.940	432.0	.887
ABSTI	16.875	1.099	432.0	.902
TETAN	.913	.016	432.0	.992
DIAR	.321	.030	432.0	1.110
DIARTR	.913	.026	432.0	.927
FIEV	.407	.034	432.0	1.187
FIEVTR	.977	.012	432.0	.917
RESP	.083	.010	432.0	.651
RESPTR	.815	.070	432.0	.940
WCARD	.762	.059	432.0	1.257
ANYIMN	1.000	.000	432.0	.000

TABLEAU B.2 (SUITE) RURAL

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	.000	.000	2178.0	.000
AUCINS	.695	.026	2178.0	2.609
SECOND	.059	.009	2178.0	1.770
UNION	.803	.012	2178.0	1.433
CELIB	.153	.012	2178.0	1.505
AUNION	17.296	.097	1749.0	1.274
UNAV20	.675	.014	2178.0	1.380
ENV	3.718	.092	2178.0	1.390
ESUR	2.969	.066	2178.0	1.248
ENC	.120	.008	2178.0	1.103
CMET	.951	.007	1749.0	1.385
UMET	.740	.016	1749.0	1.482
AMET	.017	.004	1749.0	1.240
AMETRA	.327	.016	1749.0	1.450
UABPER	.051	.009	1749.0	1.632
RAINON	.132	.010	1749.0	1.209
NEVEUT	.232	.014	1749.0	1.367
RETARD	.487	.013	1749.0	1.096
IDEAL	5.784	.107	2164.0	1.963
ENFDEC	.749	.036	2178.0	1.426
ENFDEP	.202	.006	2178.0	1.226
ENV40	7.512	.144	375.0	1.072
PRENAT	.751	.036	2178.0	3.217
ACCOUC	.419	.035	2178.0	2.762
ALLAIT	24.051	.420	2178.0	.949
AMENO	15.788	.424	2178.0	.923
ABSTI	18.966	.670	2178.0	1.351
TETAN	.641	.031	2178.0	2.587
DIAR	.303	.012	2178.0	1.083
DIARTR	.811	.022	2178.0	1.337
FIEV.	.449	.015	2178.0	1.304
FIEVTR	.929	.011	2178.0	1.262
RESP	.113	.010	2178.0	1.270
RESPTR	.848	.029	2178.0	1.132
WCARD	.665	.028	2178.0	1.208
ANYIMN	.920	.015	2178.0	1.112

TABLEAU B.3 ERREURS DE SONDAGE SELON L'AGE 15-24

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	.403	.035	1385.0	2.626
AUCINS	.409	.028	1385.0	2.090
SECOND	.168	.015	1385.0	1.494
UNION	.488	.018	1385.0	1.342
CELIB	.496	.018	1385.0	1.343
AUNION	16.669	.097	676.0	1.033
UNAV20	.443	.018	1385.0	1.325
ENV	.793	.033	1385.0	1.197
ESUR	.700	.030	1385.0	1.220
ENC	.110	.009	1385.0	1.034
CMET	.948	.009	676.0	1.020
UMET	.632	.020	676.0	1.097
AMET	.019	.006	676.0	1.121
AMETRA	.269	.019	676.0	1.141
UABPER	.071	.013	676.0	1.339
RAINON	.135	.015	676.0	.342
NEVEUT	.034	.007	676.0	1.068
RETARD	.695	.019	676.0	1.090
IDEAL	4.857	.105	1382.0	1.745
ENFDEC	.093	.010	1385.0	1.086
ENFDEP	.117	.011	1385.0	1.101
ENV40	.000	.000	.0	.000
PRENAT	.845	.026	1385.0	1.848
ACCOUC	.576	.034	1385.0	1.701
ALLAIT	23.625	.589	1385.0	.931
AMENO	13.894	.650	1385.0	.972
ABSTI	17.663	.620	1385.0	.872
TETAN	.727	.029	1385.0	1.678
DIAR	.338	.018	1385.0	.654
DIARTR	.814	.028	1385.0	.926
FIEV	.421	.021	1385.0	.709
FIEVTR	.942	.013	1385.0	.484
RESP	.090	.011	1385.0	.385
RESPTR	.843	.055	1385.0	1.743
WCARD	.683	.038	1385.0	1.138
ANYIMN	.955	.019	1385.0	1.288

TABLEAU B.3 (SUITE) 25-34

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	.347	.030	1099.0	2.104
AUCINS	.626	.026	1099.0	1.763
SECOND	.143	.014	1099.0	1.344
UNION	.906	.010	1099.0	1.167
CELIB	.043	.008	1099.0	1.313
AUNION	17.796	.109	996.0	1.067
UNAV20	.702	.015	1099.0	1.068
ENV	3.625	.076	1099.0	1.275
ESUR	3.025	.058	1099.0	1.141
ENC	.149	.011	1099.0	.994
CMET	.965	.007	996.0	1.125
UMET	.782	.016	996.0	1.226
AMET	.030	.007	996.0	1.224
AMETRA	.335	.016	996.0	1.088
UABPER	.072	.009	996.0	1.096
RAINON	.104	.009	996.0	.306
NEVEUT	.175	.011	996.0	.950
RETARD	.529	.016	996.0	1.040
IDEAL	5.414	.101	1092.0	1.419
ENFDEC	.601	.031	1099.0	1.082
ENFDEP	.166	.006	1099.0	.945
ENV40	.000	.000	.0	.000
PRENAT	.805	.031	1099.0	2.398
ACCOUC	.543	.031	1099.0	1.930
ALLAIT	21.584	.503	1099.0	.885
AMENO	14.252	.500	1099.0	.877
ABSTI	16.023	.572	1099.0	.942
TETAN	.703	.027	1099.0	1.858
DIAR	.286	.014	1099.0	1.065
DIARTR	.825	.025	1099.0	1.244
FIEV	.426	.015	1099.0	1.033
FIEVTR	.945	.013	1099.0	1.281
RESP	.109	.010	1099.0	1.134
RESPTR	.874	.027	1099.0	.976
WCARD	.680	.031	1099.0	1.051
ANYIMN	.941	.015	1099.0	1.023

TABLEAU B.3 (SUITE) 35-49

VARIABLE	m	ET	N	REPS
URBAIN	.277	.031	876.0	2.017
AUCINS	.800	.017	876.0	1.292
SECOND	.035	.008	876.0	1.297
UNION	.893	.011	876.0	1.029
CELIB	.006	.002	876.0	.763
AUNION	18.414	.159	782.0	1.100
UNAV20	.670	.017	876.0	1.063
ENV	6.507	.101	876.0	1.120
ESUR	5.122	.080	876.0	1.053
ENC	.054	.007	876.0	.970
CMET	.957	.010	782.0	1.372
UMET	.765	.020	782.0	1.332
AMET	.042	.007	782.0	1.023
AMETRA	.302	.019	782.0	1.153
UABPER	.046	.007	782.0	.990
RAINON	.129	.011	782.0	.893
NEVEUT	.527	.016	782.0	.878
RETARD	.208	.017	782.0	1.195
IDEAL	5.738	.103	868.0	1.188
ENFDEC	1.385	.056	876.0	1.158
ENFDEP	.213	.007	876.0	1.114
ENV40	7.077	.129	506.0	1.073
PRENAT	.768	.033	876.0	1.797
ACCOUC	.505	.039	876.0	1.743
ALLAIT	23.130	1.076	876.0	1.196
AMENO	15.565	.906	876.0	1.028
ABSTI	20.435	1.237	876.0	1.236
TETAN	.679	.031	876.0	1.576
DIAR	.259	.020	876.0	1.118
DIARTR	.816	.028	876.0	.942
FIEV	.457	.026	876.0	1.283
FIEVTR	.915	.015	876.0	.922
RESP	.118	.018	876.0	1.248
RESPTR	.823	.040	876.0	.831
WCARD	.576	.043	876.0	.931
ANYIMN	.881	.027	876.0	.911

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE

REPUBLIQUE DU TOGO
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDST - 1988)
QUESTIONNAIRE COLLECTIF.

REGION ----------------------------	[ ]		REGION
PREFECTURE ----------------------	[ ]		PREFECTURE
LOCALITE ------------------------	[ ]		STRATE
CODE ZD OU QUARTIER --------------	[ ] [ ] [ ]		CODE ZD
N° DE LA CONCESSION --------------	[ ] [ ] [ ]		N° CONC
NOM CHEF CONCESSION --------------			
N° MENAGE : ----------------------	[ ] [ ] [ ]		N° MENAGE

VISITE DE L'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				MOIS [ ] [ ]
NOM ENQUETRICE				ANNEE [8] [8]
RESULTATS				CODE.ENQUET [ ] [ ]
				CODE RESULT [ ]
PROCHAINE VISITE	DATE-----------!--------			
	HEURE:---------!--------			N° DE VISITE [ ]

CODE RESULTATS

1 ENTIEREMENT REMPLI
2 ABSENCE DE PERSONNE COMPETENTE POUR REPONDRE
3 DIFFERE
4 REFUSE DE REPONDRE
5 CONCESSION VIDE
6 AUCUNE CONCESSION A CETTE ADRESSE
7 ADRESSE NON RETROUVEE OU INEXACTE
8 AUTRE ---------------
(Préciser)

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	
NOM				SAISI PAR
DATE				[ ] [ ]

	1	2	3	4	5	6
N° D'ORDRE DES PERSONNES	NOM ET PRENOMS DES RESIDENTS HABITUELS	LIEN DE PARENTE	SEXE H.1 F.2	AGE EN ANNEES REVOLUES	RESIDENCE RP. 1 RA. 2 VIS.3	SELECTION DES FEMMES
1						1
2						2
3						3
4						4
5						5
6						6
7						7
8						8
9						9
10						10
11						11
12						12
13						13
14						14
15						15

	1	2	3	4	5	6
N° D'ORDRE DES PERSONNES	NOM ET PRENOMS DES RESIDENTS HABITUELS	LIEN DE PARENTE	SEXE H.1 F.2	AGE EN ANNEES REVOLUES	RESIDENCE RP. 1 RA. 2 VIS.3	SELECTION DES FEMMES ELIGIB
16						16
17						17
18						18
19						19
20						20
21						21
22						22
23						23
24						24
25						25
26						26
27						27
28						28
29						29
30						30

TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES

1) Y-a-t-il d'autres personnes (enfants) que nous n'avons pas enrégistrées ?

Oui ☐ Ajoutez-les   Non ☐

2) Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui ne sont pas membres de votre famille (domestiques ou amis) qui résident habituellement ici ?

Oui ☐ Ajoutez-les   Non ☐

3) Est-ce que vous avez actuellement des visiteurs avec vous ?

Oui ☐ Ajoutez-les   Non ☐

REPUBLIQUE DU TOGO
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (E.D.S.T. 1988)
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL.

NOM ET PRENOMS DE LA FEMME ____________________

N° DU QUESTIONNAIRE ____________________ |__|__|__|__|

REGION ______________	|__| REGION
PREFECTURE ______________	|__| PREFECTURE
LOCALITE ______________	|__| STRATE
CODE ZD OU QUARTIER ______________	|__|__||__| CODE ZD
CONCESSION N° __________ MENAGE N° ______	|__|__|__| CONCESSION
	|__|__||__| MENAGE
N° D'ORDRE DE LA FEMME ______________	|__|__| N° FEMME

VISITE DE L'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				MOIS |__|__|
				ANNEE |__|__|
NOM DE L'ENQUETRICE				
				CODE ENQ: |__|__|
RESULTATS*				CODE RES. |__|
PROCHAINE VISITE	DATE: ________	HEURE: ________		No DE VISITES |__|

* CODES RESULTATS :
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUSE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE ____________________
(PRECISER)

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	SAISI PAR
NOM				|__|__|
DATE				

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
100	ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES RECENSEES DANS LE MENAGE	NBRE DE PERSONNES |__|__|	
101	ENREGISTRER LE NOMBRE DE TOUS LES ENFANTS AGES DE 5 ANS ET MOINS RECENSES DANS LE MENAGE ET VIVANT DANS LE MENAGE	NBRE D'ENFANTS AGES 5 ANS ET MOINS |__|__|	
102	ENREGISTRER LE TEMPS : l'heure du dèbut de l'interview	HEURES........... |__|__| MINUTES.......... |__|__|	
103	Pour la majeure partie des 12 premières annèes de votre vie, avez-vous vècu à LOME, dans une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE ______________ ENQ:SI VILLE/CAMP, PRECISER	LOME,.................... 1 VILLE AU TOGO .... 2 CAMPAGNE AU TOGO........ 3 CAPITALE/ETRANGER....... 4 VILLE/ETRANGER.......... 5 CAMPAGNE/ETRANGER....... 6	
104	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur votre famille et vous-même. Depuis combien de temps habitez-vous d'une manière continue à : ______________ (NOM DE LA LOCALITE) ?	ANNEES............ |__|__| DEPUIS TOUJOURS........ 95 VISITEUSE............. 96 NSP................... 98	→106
105	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vècu à LOME,dans une autre ville ou à la campagne ? NOM DE LA LOCALITE ______________ ENQ:SI VILLE/CAMP, PRECISER	LOME.................... 1 VILLE AU TOGO........... 2 CAMPAGNE AU TOGO........ 3 CAPITALE/ETRANGER....... 4 VILLE/ETRANGER.......... 5 CAMPAGNE/ETRANGER....... 6	
106	Quel est le mois et quelle est l'annèe de votre naissance ? ENQUETRICE: CODER LES REPONSES 1-PRECISE 2-ESTIMEE	MOIS...........|__|__| |__| NSP MOIS....... 98 ANNEE..........|__|__||__| NSP ANNEE...........98	
107	Quel âge avez-vous ? ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES. COMPARER ET CORRIGER 106 ET OU 107 S'IL Y A INCOHERENCE. CODER LA REPONSE	ANS REVOLUS........ |__|__|	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
108	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE.............. 1 PROTESTANTE............. 2 MUSULMANE............... 3 TRADITIONNELLE.......... 4 AUTRES.................. 5 SANS.................... 6	
109	Quelle est votre nationalité?	TOGOLAIS................ 1 BENINOIS................ 2 GHANEEN................. 3 BURKINABE............... 4 ETRANGER 5	--->111
110	Quelle est votre ethnie ? ENQUETRICE: VOIR LA LISTE DES ETHNIES	|__|__| ----------------- (PRECISER)	
111	Avez-vous déjà fréquenté l'école ?	OUI..................... 1 NON..................... 2	--->115
112	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint : primaire, secondaire, supérieur ?	PRIMAIRE................ 1 SECONDAIRE.............. 2 SUPERIEUR............... 3	
113	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée ?	CLASSE ACHEVEE.... |__||__|	
114	ENQUETRICE : VERIFIER 112 PRIM. ( ) SECOND. ( ) OU PLUS (PASSER A 116)		
115	Pouvez-vous lire une lettre ou un journal dans une langue nationale ou étrangère facilement, difficilement, ou pas du tout ?	FACILEMENT.............. 1 DIFFICILEMENT........... 2 PAS DU TOUT............. 3	
116	Ecoutez-vous habituellement la radio au moins une fois par semaine ?	OUI..................... 1 NON..................... 2	--->119

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle station écoutez-vous souvent ?	RADIO-LOME............. 1 RADIO-KARA............. 2 STATION ETRANGERE...... 3	 →119
118	Ecoutez-vous souvent les émissions suivantes : RADIO LOME : -Magazine fèmimim -Chronique Médicale -Soir au Village -Une pensée, une moralité -Chronique Agricole -Bonsoir le Togo -STOP Danger -Divertissement Culturel RADIO KARA: -Magazine Féminin -Echo des Chants -Magazine sur la Santé	OUI NON MAGAZINE FEMIN... 1 2 CHRON. MED....... 1 2 SOIR AU VIL...... 1 2 UNE PENSEE....... 1 2 CHRON. AGRICOLE.. 1 2 BONSOIR TOGO..... 1 2 STOP DANGER...... 1 2 DIVERT. CULTUREL. 1 2 MAGAZINE FEMIN... 1 2 ECHO DES CHANTS.. 1 2 MAGAZINE SANTE... 1 2	
119	Quelle est la principale source d'eau à boire pour les membres de votre famille ?	EAU COURANTE........... 01 BORNE FONTAINE......... 02 PUITS, FORAGE.......... 03 SOURCE................. 04 RIVIERE................ 05 MARIGOT................ 06 PLUIE.................. 07 CAMION, CITERNE........ 08 AUTRE VENDEUR.......... 09 AUTRE.................. 10	
120	Quelle est la principale source d'eau utilisée par les membres de votre famille en dehors de l'eau à boire (ex. pour cuire, pour se laver les mains...)?	EAU COURANTE........... 01 BORNE FONTAINE......... 02 PUITS, FORAGE.......... 03 SOURCE................. 04 RIVIERE................ 05 MARIGOT................ 06 PLUIE.................. 07 CAMION, CITERNE........ 08 AUTRE VENDEUR.......... 09 AUTRE.................. 10	
121	Quel genre de toilettes utilisez-vous dans ce ménage ?	AVEC CHASSE D'EAU...... 1 FOSSE ETANCHE.......... 2 PUITS PERDU............ 3 AUTRE___________________ 4 (PRECISER) DANS LA NATURE......... 5	 →123
122	A quel âge les enfants dans ce ménage commencent-ils à utiliser les mêmes toilettes que les adultes ?	ANS .... [ ][ ] PAS D'ENFANTS......... 96	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
123	Quel mode d'èclairage utilisez-vous dans ce mènage ?	ELECTRICITE............. 1 GAZ..................... 2 PETROLE................. 3 BOIS.................... 4 AUTRE................... 5	
124	Quels moyens utilisez-vous pour la cuisson de vos repas ?	ELECTRICITE............. 1 GAZ..................... 2 PETROLE................. 3 CHARBON................. 4 BOIS.................... 5 AUTRE................... 6	
125	Possèdez-vous dans votre mènage: -Une gazinière ? -Une radio ? -Une tèlèvision ? -Un rèfrigèrateur ? -Un congèlateur ?	OUI NON GAZINIERE .... 1 2 RADIO......... 1 2 TELEVISION.... 1 2 REFRIGERATEUR. 1 2 CONGELATEUR... 1 2	
126	Possèdez-vous dans votre mènage : Une bicyclette ? Une mobilette ou motocyclette? Une voiture ? Une camionnette ou un camion?	OUI NON BICYCLETTE...... 1 2 MOBILETTE/MOTOCY 1 2 VOITURE......... 1 2 CAMIONNET/CAMION 1 2	
127	Quelle est la nature du sol de votre logement ?	MARBRE, CARREAUX, GRANITO................ 1 CIMENT................. 2 ARGILE, BANCO.......... 3 SABLE.................. 4 AUTRE.................. 5	
128	Quelle est la nature des murs de votre logement ?	BRIQUES EN CIMENT...... 1 BRIQUES EN BANCO....... 2 PLANCHE................ 3 PAILLE, NATTES, BRAN- CHAGES................. 4 AUTRE.................. 5	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
129	Quelle est la nature du toit de votre logement ?	BETON.................. 1 TUILE OU TOLE EN CIMENT................. 2 BAC ALU................ 3 ZINC................... 4 PAILLE, BRANCHAGE...... 5 AUTRE ________________ 6 (PRECISER)	
130	De combien de pièces d'habitation dispose votre mènage ?	NOMBRE........... [ ][ ]	
131	Quel est le statut d'occupation de votre logement ?	PROPRIETAIRE........... 1 FAMILIAL............... 2 LOCATAIRE.............. 3 USAGE GRATUIT.......... 4 AUTRE ________________ 5 (PRECISER)	
132	Etes-vous membre d'une association fèminine ou d'un groupement ? SI OUI: Quel genre d'organisation est-ce ?	GROUPEMENT DE PRODUCTION AGRICOLE......... 01 GROUPEMENT DE COMMERCIALISATION........... 02 GROUPEMENT ARTISANAL.. 03 GROUPEMENT DE TAM-TAM. 04 GROUPEMENT RELIGIEUX.. 05 AUTRE ASSOCIATION ________________ 06 PAS MEMBRE............ 07	

SECTION 2: FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 >206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 >204
203	Combien de garçons habitent actuellement avec vous? Combien de filles habitent actuellement avec vous? ENQUETRICE: METTRE OO SI AUCUN (E)	GARCONS A LA MAISON |__|__| FILLES A LA MAISON |__|__|	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui sont en vie mais qui n'habitent pas actuellement avec vous ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 >206
205	Combien de garçons sont en vie mais n'habitent pas actuellement avec vous ? Combien de filles sont en vie mais n'habitent pas actuellement avec vous ? ENQUETRICE: METTRE OO SI AUCUN (E)	GARCONS AILLEURS |__|__| FILLES AILLEURS |__|__|	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille né (e) vivant (e) mais décédé (e) par la suite ? SI NON INSISTER : Avez-vous mis au monde un garçon ou une fille qui n'a vécu que quelques minutes ou quelques jours ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 →208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? ENQUETRICE : METTRE 00 SI AUCUN (E)	GARCONS DECEDES |__|__| FILLES DECEDEES |__|__|	
208	ENQUETRICE: FAIRE LA SOMME DES REPONSES DE 203, 205, 207 ET INSCRIRE LE TOTAL	TOTAL........... |__|__|	
209	ENQUETRICE : VERIFIER Pour vérifier que j'ai compté tous vos enfants, est-ce que vous avez eu -----(total) enfants durant votre vie ? SI NON SONDER ET CORRIGER 203 A 209.		
210	ENQUETRICE: VERIFIER 208 UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES ( ) ↓ — AUCUNE NAISSANCE( ) PASSER A 219 Maintenant je voudrais avoir les noms de toutes vos naissances, encore vivantes ou décédées, en commençant par la première naissance que vous avez eue. ENQUETRICE: INSCRIRE EN 211 LES NOMS DE TOUTES LES NAISSANCES.		

TABLEAU 1 : HISTORIQUE DES NAISSANCES

<table>
<tr><th>211 Quel est le nom de votre(1 2ème... enfant?

ENQUET. INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPAREES. DANS LA 3e CASE INSCRIRE TYPE DE NAISSANCE</th><th>212(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle un garcon ou une fille?</th><th>213(NOM DE L'ENFANT) Est-il/ elle encore en vie?</th><th>214 Quel est le mois et quelle est l'annèe de naissance de (NOM)?
INSISTER Quel est sa date de naiss
ENQUET: UTILISER LES MEMES CODES QUE DANS LA Q106</th><th>215 SI DECEDE Quel était son âge au dècès ?

ENQUETRICE INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.</th><th>216 SI ENENCORE VIVIVANT Quel est son âge ?

ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.</th><th>217 SI ENCORE VIVANT Habite t-il/ elle avec vous?</th><th>515 RANG D'UNION DE L'ENFANT</th></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
<tr><td>|_|_||_|</td><td>GARCON..1
FILLE...2</td><td>OUI....1
NON....2</td><td>M|_|_|
A|_|_|_|_|</td><td>J 1 |_|_|
M 2 |_|_|
A 3 |_|_|</td><td>|_|_|
AGE</td><td>OUI.1
NON.2</td><td>|_|_|
RANG</td></tr>
</table>

TABLEAU 1 : HISTORIQUE DES NAISSANCES

211 Quel est le nom de votre(1 2ème... enfant? ENQUET. INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPAREES. DANS LA 3e CASE INSCRIRE TYPE DE NAISSANCE	212(NOM DE L'ENFANT) Est-il/elle un garcon ou une fille?	213(NOM DE L'ENFANT) Est-il/elle encore en vie?	214 Quel est le mois et quelle est l'année de naissance de (NOM)? INSISTER Quel est sa date de naiss ENQUET: UTILISER LES MEMES CODES QUE DANS LA Q106	215 SI DECEDE Quel était son âge au décès ? ENQUETRICE INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES REVOLUES.	216 SI ENCORE VIVANT Quel est son âge ? ENQUETRICE: INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES.	217 SI ENCORE VIVANT Habite t-il/elle avec vous?	515 RANG D'UNION DE L'ENFANT
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG
|_|_||_| ____	GARCON..1 FILLE...2	OUI....1 NON....2	M|_|_| |_|_ A|_|_| |_|	J 1 |_|_| M 2 |_|_| A 3 |_|_|	|_|_| AGE	OUI.1 NON.2	|_|_| RANG

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
218	ENQUETRICE: VERIFIEZ QUE LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES CORRESPOND AU CONTENU DE 208.		
219	Etes-vous enceinte ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 PAS SURE............... 8	 >225 >225
220	De combien de mois êtes-vous enceinte ?	MOIS.............. |__|__|	
221	Depuis que vous êtes tombée enceinte, avez-vous jamais reçu une injection pour protéger votre bébé contre le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	
222	Avez-vous eu une visite prénatale pour la grossesse ?	OUI.................... 1 NON.................... 2	 >226
223	Qui avez-vous consulté la première fois ? ENQUETRICE : INSISTER ET INSCRIRE LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN............... 01 SAGE-FEMME............ 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX...... 04 ACCOUCHEUSE TRAD...... 05 HOPITAL,PMI,DISPEN.... 06 AUTRE________________ 07 (PRECISER)	
224	A combien de mois de grossesse avez-vous fait la première visite prénatale?	MOIS..............|__||__| NSP................ 98	>226 >226
225	Depuis combien de temps avez-vous eu vos dernières règles?	JOURS....1 |___|___| SEMAINE....2 |___|___| MOIS....3 |___|___| AVANT DERN.ACCOUC.... 995 JAMAIS EU DE REGLES.. 996	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
226	Au cours de son cycle, mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte ?	PENDANT SES REGLES..... 1 JUSTE APRES SES REGLES. 2 AU MILIEU DU CYCLE..... 3 JUSTE AVANT SES REGLES. 4 N'IMPORTE QUAND........ 5 AUTRE_________________ 6 (PRECISER) NSP.................... 8	
227	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE PREMIERE PARTIE DE L'INTERVIEW)	OUI NON ENFANTS DE <10 ANS 1 2 MARI.............. 1 2 AUTRES HOMMES..... 1 2 AUTRES FEMMES..... 1 2	

SECTION 3 : CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler d'un autre sujet. Il existe diffèrents moyens ou mèthodes traditionnelles ou modernes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou espacer une grossesse. Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens ou en avez-vous entendu parler ? ENQUETRICE: ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE DE FACON SPONTANEE. POUR CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE, LIRE LA DESCRIPTION, POSER LA QUESTION 302 ET ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE. PUIS POSER 303-305 POUR CHACUNE DES METHODES CODEES 1 OU 2 DANS 302.			CODE POUR 304 01 PMI 02 DISPENS. 03 ATBEF/ 04 HOPITAL 05 CENTRE DE SANTE 06 PHARMACIE 07 CLIN PRIVE 08 MARCHE 09 MISSION REL 10 ECOLE 11 AUTRE (A PRECISER) 98 NSP	CODE POUR 305 01 RIEN 02 ACCES/DIS-PONIBILITE 03 COUT 04 EFFETS SE-CONDAIRES 05 METHODE INEFFICACE 06 OPPOSITION DU MARI 07 USAGE DIFFICILE 08 AUTRE (A PRECISER) 98 NSP
TABLEAU 2 CONTRACEPTION	301 302 Avez-vous dèjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous dèjà utilisè (METHODE)	304 Où pourriez vous obtenir (METHODE) ?	305 Quel est le problème majeur, (s'il y en a), à utiliser (METHODE) ?
1) <u>PILULE</u>: les mèdicaments que les femmes avalent tous les jours pour ne pas être enceinte.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
2)<u>STERILET</u>:L'instrument en plastique que les sages-femmes ou les mèdecins mettent dans l'utèrus de certaines femmes pour qu'elles ne soient pas enceinte.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
3)<u>INJECTION</u>:Certaines femmes reçoivent une injection par un mèdecin ou une infirmière pour èviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|

TABLEAU 2 CONTRACEPTION (SUITE)	301 302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)	304 Où pourriez vous obtenir (METHODE) ?	305 Quel est le problème majeur, (s'il y en a), à utiliser (METHODE) ?
4) CREME,GELEE,COMP, SPERMICIDES: Certaines femmes se mettent un diaphragme, des comprimés effervescents, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels pour ne pas tomber enceinte.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
5) CONDOM: Certains hommes portent un condom afin d'éviter à leur femme de tomber enceinte.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
6)STERILISATION FEMININE: Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	Avez-vous subi une operation pour ne plus avoir d'enfants? OUI... 1 NON... 2	Où peut-on faire cette operation? |__|__|	|__|__|
7)STERILISATION MASCULINE: Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants .	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	Votre mari ou partenaire a-t-il subi une operation pour ne plus avoir d'enfants OUI... 1 NON... 2	Où est-ce qu'on peut faire cette operation? |__|__|	|__|__|
8)OGINO: Certaines personnes évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 ↓	OUI... 1 NON... 2	Où iriez-vous pour demander des conseils sur l'ogino? |__|__|	|__|__|

TABLEAU 2 CONTRACEPTION (SUITE)	301 302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)	304 Où pourriez vous obtenir (METHODE) ?	305 Quel est le problème majeur, (s'il y en a), à utiliser (METHODE) ?
9)<u>RETRAIT</u>:Certains hommes pratiquent le retrait, c'est-à-dire qu'ils font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 V	OUI...1 NON...2	XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX
10)<u>ABSTINENCE</u>:Certains couples,en dehors de l'abstinence post-natale, évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI,SPONT 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 V	OUI...1 NON...2	XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX
11)<u>PLANTES MEDICIN.</u>: (écorce, racine, feuilles) sont des produits que les couples peuvent utiliser pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 V	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
12)<u>GRIS-GRIS</u>: (bague, ceintures) sont des objets que les couples peuvent utiliser pour retarder ou espacer les grossesses.	OUI,SPONT. 1 OUI,DESC.. 2 NON....... 3 V	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|
13) <u>AUTRES METHODES</u>: Avez-vous entendu parler d'autres méthodes y compris les méthodes traditionnelles que des hommes ou des femmes utilisent? PRECISER -----------------	OUI,SPONT.1 NON.......3 (SI AUCUN "OUI" PASSER A 306)	OUI...1 NON...2	|__|__|	|__|__|

306 ENQUETRICE :

AUCUN OUI DANS 303
N'A JAMAIS UTILISE
UNE DE CES METHODES
( )

AU MOINS UN "OUI" DANS 303
(A UTILISE AU MOINS UNE
METHODE) ( ) (PASSER A 309)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
307	Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour ne pas tomber enceinte ?	OUI.................... 1 NON.................... 2	 >312
308	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? ENQUETRICE: CORRIGER 302-303 ET OBTENIR L'INFORMATION POUR 304 305 SI NECESSAIRE	|__|__| ------------ (PRECISER)	
309	ENQUETRICE: VERIFIER 303 A UTILISE OGINO ( ) N'A JAMAIS UTILISE OGINO ( ) (PASSER A 311)		
310	Quand vous avez utilisé la méthode Ogino la dernière fois, comment étiez-vous en mesure de déterminer les jours où il fallait s'abstenir ?	CALCUL DES JOURS/CALENDRIER.................. 1 CALENDRIER + METHODES DES TEMPERATURES....... 2 EN SE BASANT SUR LA METHODE DE GLAIRES..... 3 LA METHODE TEMPERATURE DU CORPS ET DE GLAIRES. 4 AUTRE ______________ 5 (PRECISER)	
311	Combien d'enfants nés vivant aviez-vous quand vous avez utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte ? (SI AUCUN, METTRE 00)	NOMBRE D'ENFANTS........ |__|__|	

312	ENQUETRICE: VERIFIER 219 ET 303 ENCEINTE ( ) (PASSER A 317) — PAS ENCEINTE ( ) UTILISE( ) ↓ — N'A PAS UTILISE( ) (PASSER A 316)		
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
313	Est-ce que vous ou votre mari, utilisez à présent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 —>316
314	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE................ 01 STERILET.............. 02 INJECTION............. 03 CREME,GEL,COMP,SPERMIC 04 CONDOM................ 05 STERILISATION FEM..... 06 STERILISATION MASC.... 07 OGINO .... 08 RETRAIT............... 09 ABSTINENCE............ 10 PLANTES MEDICINALES... 11 GRIS-GRIS............. 12 AUTRE ---------------- 13 (PRECISER)	 —>321 —>321 —>321
315	Où vous (votre partenaire) avez obtenu (LA METHODE ACTUELLE) la dernière fois) ?	PMI................... 01 DISPENS............... 02 ATBEF .... 03 HOPITAL .... 04 CENTRE DE SANTE....... 05 PHARMACIE .... 06 CLINIQUE PRIVEE ...... 07 MARCHE .... 08 MISSION REL........... 09 ECOLE .... 10 AUTRE_______________ 11 (A PRECISER) NSP 98	—>321

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
316	Pourquoi n'utilisez-vous pas un des moyens que je viens de vous dècrire pour retarder ou espacer vos grossesses ?	MAUVAIS POUR LA SANTE.. 01 ALLAITE................ 02 TROP CHERE............. 03 MANQUE D'INFORMATION... 04 OPPOSITION A LA PLAN. FAMILIALE.............. 05 RELIGION............... 06 DIFFICULTE D'ACCES..... 07 SANS OBJET............. 08 _______________ (PRECISER) DESIRE UN ENFANT....... 09 AUTRE_______________ 10 (PRECISER)	
317	Avez-vous l'intention d'utiliser une mèthode ou un moyen pour èviter de tomber enceinte dans l'avenir ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	 → 321 → 321
318	Quelle mèthode prèfèrez-vous utiliser ?	PILULE................. 01 STERILET............... 02 INJECTION.............. 03 CREME,GEL,COMP,SPERMIC. 04 CONDOM................. 05 STERILISATION FEMININE. 06 STERILISATION MASC..... 07 OGINO.................. 08 RETRAIT................ 09 ABSTINENCE............. 10 PLANTES MEDICINALES.... 11 GRIS-GRIS.............. 12 AUTRE _______________ 13 (PRECISER)	
319	Avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFEREE) dans les 12 prochains mois ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	
320	Où comptez-vous aller pour demander conseil ou obtenir des approvisionnements pour (METHODE PREFEREE) ?	PMI.................... 01 DISPENSAIRE............ 02 ATBEF.................. 03 HOPITAL................ 04 CENTRE DE SANTE .... 05 PHARMACIE.............. 06 CLINIQUE PRIVEE........ 07 MARCHE................. 08 MISSION REL............ 09 ECOLE.................. 10 AUTRE_______________ 11	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
321	Il y a des femmes qui ne veulent pas tomber enceinte mais n'utilisent aucune des méthodes (que je viens de vous citer) pour retarder ou espacer les grossesses. Selon vous, quelles sont les principales raisons pour ça? ENQUETRICE: ENCERCLER TOUTES LES REPONSES DONNEES INSISTER: AUTRES RAISONS ?	MAUVAIS POUR LA SANTE.................. 1 TROP CHERE............ 1 MANQUE D'INFORMATION.. 1 OPPOSITION A LA PLAN. FAMILIALE............. 1 RELIGION.............. 1 DIFFICULTE D'ACCES.... 1 AUTRE ________________ 1 NSP................... 1	
322	Trouvez-vous acceptable que des informations sur l'espacement des naissances soient diffusées à la radio ou à la télévision ?	OUI................... 1 NON................... 2 NSP................... 8	

SECTION 4: SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

401 ENQUETRICE: VOIR 214
UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JUIN 1983 ( )
AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JUIN 1983 ( ) (PASSER A LA SECTION 5)

ENQUETRICE: ECRIRE LE N DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JUIN 1983 DANS LE TABLEAU 3 EN COMMENCANT PAR LA LA DERNIERE NAISSANCE:

N° DE LIG. |_|_| N° DE LIG. |_|_| N° DE LIG. |_|_| N° DE LIG. |_|_|

TABLEAU 3	DERNIERE NAISSANCE NOM ____________ EN VIE( )DEC( )	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ____________ EN VIE( )DEC( )	DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ____________ EN VIE( )DEC( )	TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM _________ EN VIE( )DEC
402 Quand vous ètiez enceinte de ________ (NOM) avez-vous fait une consultation prènatale ? SI OUI: Qui avez-vous consultè la 1ère fois? ENQUET. INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX......... 04 ACCOUCH.TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE. 06 AUTRE....... 07 (PRECISER) PAS DE CONSULTATION......08 (PASSER A 404)	MEDECIN......01 SAGE-FEMME...02 MATRONE .....03 ACCOUCHEUSE, AUX..........04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE..06 AUTRE........07 (PRECISER) PAS DE CONSULTATION.......08	MEDECIN......01 SAGE-FEMME...02 MATRONE .....03 ACCOUCHEUSE, AUX..........04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE..06 AUTRE........07 (PRECISER) PAS DE CONSULTATION.......08	MEDECIN...01 SAGE-FEM..02 MATRONE ..03 ACCOUCHEUSE, AUX.......04 ACC. TRAD.05 HOPITAL,PMI, DISPENS...06 AUTRE.....07 (PRECISER) PAS DE CONSULTATION.08
403 A partir de quel mois avez-vous fait la première visite prènatale ?	|__|__|	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXX
404 Quand vous ètiez enceinte de ________ (NOM) aviez-vous reçu une injection pour protèger votre enfant contre le tètanos ?	OUI........ 1 NON........ 2 NSP........ 8	OUI.........1 NON.........2 NSP.........8	OUI.........1 NON.........2 NSP.........8	OUI......1 NON......2 NSP......8

TABLEAU 3 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

TABLEAU 3	N DE LIG. |_|_| DERNIERE NAISSANCE NOM ____ EN VIE( )DEC( )	N DE LIG. |_|_| AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ____ EN VIE( )DEC( )	N DE LIG. |_|_| DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ____ EN VIE( )DEC( )	N DE LIG. |_|_| TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM ____ VIV( )DEC( )
405 Qui vous assistait quand vous accouchiez de ____? (NOM) ENQUET: INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN..... 01 SAGE-FEMME.. 02 MATRONE .... 03 ACCOUCHEUSE, AUX......... 04 ACCOUC TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE. 06 AUTRE....... 07 (PRECISER) SANS ASSISTANCE...........08	MEDECIN......01 SAGE-FEMME...02 MATRONE .....03 ACCOUCHEUSE, AUX..........04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE..06 AUTRE........07 (PRECISER) SANS ASSISTANCE...........08	MEDECIN......01 SAGE-FEMME...02 MATRONE .....03 ACCOUCHEUSE, AUX..........04 ACCOUCH TRAD 05 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE..06 AUTRE........07 (PRECISER) SANS ASSISTANCE...........08	MEDECIN...01 SAGE-FEM..02 MATRONE ..03 ACCOUCHEUSE, AUX.......04 ACC. TRAD.05 HOPITAL,PMI, DISPENS...06 AUTRE.....07 (PRECISER) SANS ASSISTANCE.....08
406 Avez-vous allaité ____ (NOM) au sein?	OUI.1 NON. 2 (PASSER A 409) V	OUI.1 NON.2 (PASSER A 410)	OUI.1 NON.2 (PASSER A 410)	OUI.1 NON.2 (PASSER A 410)
407 SI EN EN VIE: Allaitez vous encore ____? (NOM)	OUI.1 NON.2 (PASSER A 409) V	V XXXXXXXXXXX	V XXXXXXXXXXX	V XXXXXXXX
408 Combien de mois avez-vous allaité ____? (NOM)	MOIS |_|_| JUSQU'AU DECES...... 96	MOIS |_|_| JUSQU'AU DECES...... 96 (PASSER A 410)	MOIS |_|_| JUSQU'AU DECES...... 96 (PASSER A 410)	MOIS|_|_| JUSQU'AU DECES... 96 (PASSER A 410
409 Vos règles ont-elles repris ?	OUI.1 NON. 2 (PASSER A 411) V	XXXXXXXXXXXX V	XXXXXXXXXXX V	XXXXXXXXX V

TABLEAU 3 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

TABLEAU 3	N° DE LIG. |_|_| DERNIERE NAISSANCE NOM ------------ EN VIE( )DEC( )	N° DE LIG. |_|_| AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ------------ EN VIE( )DEC( )	N° DE LIG. |_|_| DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ------------ EN VIE( )DEC( )	N° DE LIG. |_|_| TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM --------- VIV( )DEC( )
410 Combien de mois après la naissance de ----------- (NOM) vos règles ont-elles repris ?	|_|_| MOIS	N'A JAMAIS REPRIS...... 96 |_|_| MOIS (PASSER A 412)	N'A JAMAIS REPRIS...... 96 |_|_| MOIS (PASSER A 412)	N'A JAMAIS REPRIS.. 96 |_|_| MOIS PASSER A 412
411 Avez-vous repris les relation sexuelles depuis la naissance de --------? (NOM)	OUI.1 ↓ NON.2 (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE. SI NON A 413)	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXX
412 Combien de mois après la naissance de ----------- (NOM) avez-vous repris les relations sexuelles ?	|_|_| MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AUTRE NAISSANCE)	|_|_| MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AUTRE NAISSANCE)	|_|_| MOIS (PASSER A 402 POUR LA COL. SUIVANTE, OU A 413 S'IL N'Y A PLUS D'AUTRE NAISSANCE	|_|_| MOIS (PASSER A 413)

413 ENQUETRICE : VOIR 407 POUR LA DERNIERE NAISSANCE:

ALLAITE ENCORE ( ) DERNIER ENFANT ↓

AUTRE CAS ( ) (PASSER A 419)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
414	La nuit dernière du coucher jusqu'au lever du soleil, combien de fois avez-vous allaité votre enfant ?	NOMBRE DE FOIS......|__|__| A LA DEMANDE QUAND L'ENFANT PLEURE..........96 NSP.....................98	
415	Combien de fois avez-vous allaité votre enfant hier au cours de la journée ?	NOMBRE DE FOIS......|__|__| A LA DEMANDE QUAND L'ENFANT PLEURE..........96 NSP.....................98	
416	Avez-vous donné, hier ou la nuit dernière à (NOM DU DERNIER ENFANT), un liquide ou une des nourritures suivantes ? <u>ENQUETRICE</u> : LIRE LA LISTE DES CATEGORIES. - eau - jus - lait en poudre, - lait de vache, ~~tisane~~ - (eso, etc.....) tisane - bouillie de mil ou de maïs - aliments solides - biere locale - autre	OUI NON EAU............ 1 2 JUS............ 1 2 LAIT EN POUDRE, 1 2 LAIT DE VACHE, TISANE (ESO)... 1 2 BOUILLIE DE MIL, MAIS .... 1 2 ALIMENTS SOLIDES 1 2 BIERE LOCALE... 1 2 AUTRE 1 2 ______________ (PRECISER)	
417	<u>ENQUETRICE</u>: VOIR 416 AUTRE NOURRITURE OU LIQUIDE A ETE DONNE (AU MOINS UN "OUI" DANS 416) ( ) ↓	AUCUNE NOURRITURE OU LIQUIDE N'A ETE DONNE (AUCUN "OUI" DANS 416 ( ) (PASSER A 419)	
418	Avez-vous donné un de ces liquides dans un biberon ?	OUI.................... 1 NON.................... 2	
419	Quand vous étiez enceinte de (NOM DU DERNIER ENFANT) vouliez-vous avoir cet enfant à ce temps là, ou attendre pour plus tard, ou ne pas avoir d'autre(s) enfants du tout ?	A CE TEMPS............ 1 PLUS TARD............. 2 NE PAS AVOIR.......... 3	
420	<u>ENQUETRICE:</u> VOIR 401 ECRIRE LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JUIN 1983 DANS LE TABLEAU 4, EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE L'ENTETE DU TABLEAU 4 DOIT ETRE EXACTEMENT LA MEME QUE CELLE DU TABLEAU 3. POSER LES QUESTIONS SEULEMENT POUR LES ENFANTS ENCORE EN VIE.		

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS.

TABLEAU 4	Nº DE LIG. |_|_| DERNIERE NAISSANCE NOM ______ VIV ( ) DEC( ) ⊢→	Nº DE LIG. |_|_| AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ______ VIV ( ) DEC( ) ⊢→	Nº DE LIG. |_|_| DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ______ VIV ( ) DEC( ) ⊢→	Nº DE LIG. |_|_| TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM ______ VIV( ) DEC( ) (PASSER A SEC.5)
421 Est-ce que (NOM) a déjà été vacciné contre des maladies ?	OUI.......... 1 NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI.......... 1 NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI.......... 1 NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI...... 1 NON...... 2 NSP...... 8
422 Avez-vous un carnet de santé pour (NOM) SI OUI: Puis-je le voir ?	OUI, VU..... 1 OUI,PAS VU.. 2 PAS DE CARNET......... 3	OUI, VU..... 1 OUI,PAS VU.. 2 PAS DE CARNET......... 3	OUI, VU..... 1 OUI,PAS VU.. 2 PAS DE CARNET......... 3	OUI, VU.. 1 OUI,PAS VU2 PAS DE CARNET... 3
423 Est-ce (NOM) a eu la diarrhee dans les dernières 24 heures?	OUI.......... 1 (PASSER A 425) NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI.......... 1 (PASSER A 425) NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI.......... 1 (PASSER A 425) NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI....... 1 PASSER A 425 NON....... 2 NSP....... 8
424 Est-ce (NOM) a eu la diarrhèe dans les deux dernières semaines ?	OUI.......... 1 NON.......... 2 (PASSER A 428) NSP.......... 8	OUI.......... 1 NON.......... 2 (PASSER A 428) NSP.......... 8	OUI.......... 1 NON.......... 2 (PASSER A 428) NSP.......... 8	OUI.......1 NON.......2 (PASSER A 428) NSP.......8
425 Est-que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la diarrhèe la dernière fois ?	OUI.......... 1 NON.......... 2	OUI.......... 1 NON.......... 2	OUI.......... 1 NON.......... 2	OUI....... 1 NON....... 2

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS.

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	N° DE LIG. |_|_| DERNIERE NAISSANCE NOM ---- VIV ( ) DEC ( )	N° DE LIG. |_|_| AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ---- VIV ( ) DEC ( )	N° DE LIG. |_|_| DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ---- VIV ( ) DEC ( )	N° DE LIG. |_|_| TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM ---- VIV ( ) DEC ( ) (PASSER A SEC.5
426 Est-ce que (NOM) a reçu un sachetde SRO pour traiter la diarrhée?	OUI.......... 1 NON..........2 NSP..........8	OUI.......... 1 NON.......... 2 NSP.......... 8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8
427 Qu'est-ce qu'on a fait pour traiter la diarrhée ? (en dehors du SRO) ENQUET.: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ......... 1 SERUM.(PERF) 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC.1 GANIDAN,SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.... 1 HOPITAL,PMI, DISPENSAIRE.. 1 PAS DE LIQUIDE DU TOUT... 1 PAS DE NOUR.. DU TOUT...... 1 AUTRE........ 1 NSP.......... 1 RIEN......... 1	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ.......... 1 SERUM.(PERF). 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC.1 GANIDAN,SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE.. 1 PAS DE LIQUIDE DU TOUT... 1 PAS DE NOUR.. DU TOUT...... 1 AUTRE........ 1 NSP.......... 1 RIEN......... 1	SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (Maison). 1 BOUILLIE DE RIZ......... 1 SERUM.(PERF). 1 GOYAVIER..... 1 PLANTES MEDIC.1 GANIDAN,SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI DISPENSAIRE.. 1 PAS DE LIQUIQUIDE DU TOUT.1 PAS DE NOUR... DU TOUT.......1 AUTRE.........1 NSP...........1 RIEN..........1	SOLUTION SUCREE ET SALEE(MAIS.1 BOUILLIE DE RIZ........1 SERUM(PER).1 GOYAVIER.. 1 PLANT.MEDI.1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRODUITS PHAR.1 HOPITAL,PMI DISPENS. 1 PAS DE LIQU. DU TOUT....1 PAS DE NOUR DU TOUT....1 AUTRE......1 NSP........1 RIEN.......1
428 Est-ce que (NOM) a eu la fièvre dans les deux dernières semaines ?	OUI..........1 NON..........2 (PASSER A 431) NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 (PASSER A 431) NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 (PASSER A 431) NSP..........8	OUI.......1 NON.......2 PASSER A 431 NSP.......8
429 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la fièvre ?	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

	N° DE LIG. |_|_|	N° DE LIG. |_|_|	N° DE LIG. |_|_|	N° DE LIG. |_|_|
TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAISSANCE NOM ____ VIV ( ) DEC( ) →	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ____ VIV ( ) DEC( ) →	DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ____ VIV ( ) DEC( ) →	TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM ____ VIV( ) DEC( ) (PASSER A SEC.5
430 Qu'est-ce qu'on a fait pour traiter la fièvre ? ENQUET: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1 PLANTES MEDICINALES...... 1 GELULES DU MARCHE (DJIMEBLA)1 NSP.......... 1 AUTRE ____ 1 (PRECISER)1 RIEN.........1	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1 PLANTES MEDICINALES...... 1 GELULES DU MARCHE (DJIMEBLA)1 NSP.......... 1 AUTRE ____ 1 (PRECISER)1 RIEN......... 1	NIVAQUINE/CH. 1 ASPIRINE..... 1 AUT.COMP..... 1 INJECTION.... 1 PLANTES MEDICINALES...... 1 GELULES DU MARCHE (DJIMEBLA)1 NSP.......... 1 AUTRE ____ 1 (PRECISER)1 RIEN......... 1	NIVAQU./CH.1 ASPIRINE...1 AUT.COMP...1 INJECTION..1 PLANTES MEDICINALES..1 GELULES DU MARCHE.....1 NSP........1 AUTRE ____ 1 (PRECISER) RIEN.......1
431 Est-ce que ______ (NOM) a eu la respiration difficile ou rapide dans les deux dernières semaines ?	OUI.......... 1 NON..........2 PASSER A 434 < NSP..........8	OUI.......... 1 NON..........2 PASSER A 434 < NSP..........8	OUI.......... 1 NON..........2 PASSER A 434 < NSP..........8	OUI........1 NON.......2 PASSER A 434 NSP.......8
432 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la respira-difficile la dernière fois?	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

	N DE LIG. |_|_|	N DE LIG. |_|_|	N DE LIG. |_|_|	N DE LIG. |_|_|
TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAISSANCE NOM ____________ VIV ( )DEC( ) →	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ____________ VIV ( )DEC( ) →	DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ____________ VIV ( )DEC( ) →	TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM _________ VIV( )DEC( ) (PASSER A SEC.5
433 Qu'est-ce qu'on a fait pour traiter le problème ? ENQUET : CODER 1 POUR LES TRAITEMENTS MENTIONNES	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISS. 1 SIROP.....1 COMPRIME..1 SUPPO.....1 MASSAGE...1 INJECTION.1 TISANE....1 PENICIL. 1 AUTRE.....1 RIEN......1
434 Est-ce (NOM) a eu la rougeole?	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8 PASSER A COLON. SUIV 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8 PASSER A COL SUIV. 421 SI PAS D'AUTRE NAIS., A 437
435 Est-ce que vous avez amené (NOM) à une formation sanitaire pour traiter la rougeole?	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI..........1 NON..........2 NSP..........8	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8
436 Qu'a-t-on fait pour traiter la rougeole ? ENQUET: CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISSEUR...1 SIROP........1 COMPRIME.....1 SUPPO........1 MASSAGE......1 INJECTION....1 TISANE.......1 PENICILLINE..1 AUTRE........1 RIEN.........1	GUERISS...1 SIROP.....1 COMPRIME..1 SUPPO.....1 MASSAGE...1 INJECTION.1 TISANE....1 PENICIL. 1 AUTRE.....1 RIEN......1

TABLEAU 4 : SANTE ET ALLAITEMENT DES ENFANTS VIVANTS DE MOINS DE 5 ANS (SUITE)

	Nº DE LIG. |_|_|	Nº DE LIG. |_|_|	Nº DE LIG. |_|_|	Nº DE LIG. |_|_|
TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	DERNIERE NAISSANCE NOM ------------ VIV ( ) DEC( ) ⟶	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM ------------ VIV ( ) DEC( ) ⟶	DEUXIEME AVANT-DER. NAISSANCE NOM ------------ VIV ( ) DEC( ) ⟶	TROIS AVANT DER.NAISSANCE NOM --------- VIV( ) DEC( ) (PASSER A SEC.5
437 FILTRE ENQUETRICE : VOIR 426 (TOUTES NAISSANCES) NON OU NSP OU QUESTION NON-POSEE ( ) ↓ OUI ( ) PASSER A LA SECTION 5				
438 Est-ce vous avez dèjà entendu parler d'un produit appelè SRO qu'on peut obtenir pour traiter la diarrhèe ?	OUI..............1 NON..............2			

SECTION 5: NUPTIALITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES					PASSER A
501	Etes-vous actuellement : - mariée (nombre d'épouses actuel du conjoint) - Veuve - Divorcée, séparée - Célibataire (Fiancée) ->SONDER: Vous n'avez jamais vécu avec un homme ?	MARIEE,SEULE EPOUSE.....01 MARIEE,CONJ.,2 EPOUSES..02 MARIEE,CONJ.,3 EPOUSES..03 MARIEE,CONJ.,4 EPOUSES..04 MARIEE, 5 EPOUSES +.....05 VEUVE...................06 DIVORCEE, SEPAREE.......07 CELEBATAIRE.............08					 —>518
502	Combien d'unions en tout avez-vous eues ?	NOMBRE............. |__|					
503	TABLEAU 5 : Pouvez-vous me donner quelques renseignements sur votre (vos) mariages ou unions ? ENQUETRICE: INSCRIRE EN 504 LES NOMS DE TOUS LES MARIS (OU PARTENAIRES) DE LA FEMME, EN COMMENCANT AVEC LE PREMIER MARI/PART. ENSUITE, POSEZ LES QUESTIONS CONCERNANT LE 1ier MARI AVANT DE PASSER AU 2ieme, ETC.						
504	Comment s'appelait (s'appelle) votre 1er,2ème, etc.....,Mari/partenaire?	1er NOM	2ème NOM	3ème NOM	4ème NOM	5ème NOM	
505	Quel est l'ethnie ou la nationalité de (NOM) ? ENQUETRICE: VOIR LA LISTE DES ETHNIES.	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	
506	Quel rang aviez-vous parmi les épouses au début du mariage ?	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	
*507	ENQUET.: Q507 EST A POSER SEULEMENT POUR LE PREMIER MARIAGE/UNION. En quel mois et année est-ce que vous êtes mariée ou avez commencé à vivre avec (NOM) ?	M.|_|_| A.|_|_|	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
508	A quel âge vous êtes-vous mariée avec (NOM)?	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	
509	Combien de temps a duré ce mariage ? ENQUET:SI LE SEUL OU DERNIER MARIAGE : Depuis combien de temps êtes-vous mariée avec (NOM)? (DONNEZ LA REPONSE EN ANNEES REVOLUES)	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	
510	Combien de femmes a(avait) (NOM) y compris vous-même (nombre maximum) ENQUET: 5 = 5 OU PLUS	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	

	TABLEAU 5 (SUITE) ENQ: SI UNION EN COURS, ENCERCLER CODE 3 ET PASSER A 512.	1er NOM	2ème NOM	3ème NOM	4ème NOM	5ème NOM
511	Comment ce mariage s'est-il terminè ?	VEUV..1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV..1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV..1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV..1 DIV...2 EN COURS.3	VEUV..1 DIV...2 EN COURS.3
512	ENQUETRICE: POUR LES MARIAGES AU PASSE Avez-vous toujours cohabitè avec (NOM) ? POUR LE MARIAGE ACTUEL: Est-ce que (NOM) habite actuellement avec vous? (OUI ou NON)	OUI...1 NON...2 PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2 PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2 PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2 PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4	OUI...1 NON...2 PAS TOUT LE TEMPS.3 JAMAIS4

513 ENQUETRICE:

(1) VOIR Q502. VERIFIER QUE LE NOMBRE TOTAL DE MARIAGES CORRESPOND AUX INFORMATIONS DANS LE TABLEAU 5.

(2) VOIR Q208

UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES ( ) → (continuer à 514)

PAS DE NAISSANCES ( ) → PASSER A Q516

514 DEMANDEZ A L'ENQUETEE D'ASSOCIER SES NAISSANCES A UN DE SES MARIAGES. INSCRIRE LE NUMERO DU MARIAGE DANS LA CASE DE LA COLONNE 515 (TABLEAU HISTORIQUE DE NAISSANCE. POUR LES NAISSANCES PAS ASSOCIEES A UN MARIAGE, INSCRIRE LE CODE 00.

516	Pour votre dernière union, votre mari a-t-il ètè choisi par : - Votre famille - Vous-mêmes avec l'avis de la famille - Vous-mêmes sans l'avis de la famille	LA FAMILLE.............1 VOUS-MEME AVEC L'AVIS..2 VOUS-MEME SANS L'AVIS..3	
517	Votre dernier mariage ètait-il un mariage civil, ou mariage religieux, ou mariage coutumier ou l'accord privè entre èpoux sans mariages ? ENQUETRICE: ENCERCLEZ 1 POUR TOUTES LES REPONSES APPROPRIEES.	CIVIL.................1 RELIGIEUX.............1 COUTUMIER.............1 AUCUN MARIAGE.........1	—>520

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518	ENQ: VOIR 208 A UN ENFANT(S) ( ) (PASSER A 520)	N'A PAS D'ENFANT(S) ( ) V	
519	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.................... 1 NON.................... 2	 525
520	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	AGE................|__|__| JAMAIS EU............ 96	 524
521	Combien de temps y-a-t-il depuis la dernière fois que que vous avez eu des relations sexuelles ?	JOURS.......... 1 |__|__| SEMAINES....... 2 |__|__| MOIS........... 3 |__|__| AVANT LA DERNIERE NAISSANCE 996	
522	ENQUETRICE: VOIR 219 ENCEINTE ( ) PASSER A 524	PAS ENCEINTE ( ) V	
523	Si vous vous rendez compte que vous êtes enceinte d'ici le mois prochain, que ferez-vous?	GARDE LA GROSSESSE........1 NE GARDE PAS GROSSESSE....2 REFUS DE REPONDRE.........3 CAS IMPOSSIBLES...........4 AUTRE______________________5 (A PRECISER) NSP...................... 8	
524	Y-a-t-il un lien de parenté entre vous et votre (1er) mari/partenaire ?	COUSIN PATERNEL...........1 COUSIN MATERNEL...........2 AUTRES PARENTS............3 PAS DE LIEN...............4	
525	PRESENCE D'AUTRES PERSONNES	OUI NON ENFANTS DE <10 ANS 1 2 MARI............. 1 2 AUTRES HOMMES.... 1 2 AUTRES FEMMES.... 1 2	

SECTION 6: PREFERENCE EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	ENQUETRICE: VOIR 501 ET VERIFIER: ACTUELLEMENT ( ) AUTRES CAS( ) EN UNION (PASSER A 609) V		
602	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'avenir. ENQUETRICE: VERIFIER 219 PAS ENCEINTE OU PAS SURE ( ) : Voudriez-vous avoir (d'autres) enfants? ENCEINTE ( ): Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir (d'autres) enfants ?	OUI..................... 1 NON..................... 2 NSP OU PAS DECIDEE...... 8	 > 605 > 605
603	Combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir la prochaine grossesse ?	MOIS............ 1 |__|__| ANNEES.......... 2 |__|__| AUTRE__________________ 996 (PRECISER)	>605
604	Quel âge doit avoir le dernier enfant avant la naissance de votre prochain enfant ? ENQUET: SI PAS D'ENFANTS VIVANTS, ENCERCLER 96.	NOMBRE DE MOIS..... |__|__| PAS D'ENFANTS VIVANTS.. 96 NSP.................... 98	
605	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?	NBRE DE JOURS ...1 |__|__| NBRE DE MOIS ... 2 |__|__| NBRE D'ANNEES ...3 |__|__| AUTRE__________________ 996 (PRECISER) NSP.................. 998	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
606	A votre avis, est-ce qu'une femme qui allaite peut reprendre les rapports sexuels avec son partenaire ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	
607	Pensez-vous que votre mari (ou partenaire) approuve ou désapprouve le fait que des couples utilisent des moyens pour retarder ou espacer des grossesses ?	APPROUVE............... 1 DESAPPROUVE............ 2 NSP.................... 8	
608	Combien de fois au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé à votre mari/partenaire des moyens pouvant retarder ou espacer des grossesses ?	JAMAIS................. 1 UNE OU DEUX FOIS....... 2 PLUS SOUVENT........... 3	
609	En général approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent des moyens pour retarder ou espacer des grossesses?	APPROUVE............... 1 DESAPPROUVE............ 2	
610	ENQUETRICE: VERIFIER 208 PAS D'ENFANTS ( ): Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous desirez, combien voudriez-vous (en) avoir ? A DES ENFANTS ( ) : Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous (en) avoir ? ENQUET: INSISTER POUR AVOIR UN NOMBRE	NOMBRE...............|__|__|	
611	Combien de garçons et combien de filles voudriez-vous avoir ?	NBRE DE GARCONS... |__|__| NBRE DE FILLES.... |__|__| FILLES DEPEND DE DIEU.. 94 GARC.DEPEND DE DIEU.... 95 NSP.................... 98	

SECTION 7: CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	ENQUETRICE: VOIR 501 ET VERIFIER: DEJA MARIEE ( ) → POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/PARTENAIRE ACTUEL OU LE PLUS RECENT. CELEBATAIRE ( ) (PASSER A 715)		
702	Est-ce que votre mari/partenaire actuel ou le plus rècent a frèquentè l'école ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	 >706 >706
703	Quel est le niveau le plus èlevè qu'il a atteint ?	PRIMAIRE .... 1 SECONDAIRE .... 2 SUPERIEURE............. 3 NSP.................... 8	 >706
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevè ?	DERN.CLASSE.ACHEV.... |__| NSP.................. 98	
705	ENQUET: VOIR 703 ET VERIFIER PRIMAIRE ( ) ↓ SECONDAIRE OU PLUS ( ) (PASSER A 707)		
706	Peut (pouvait)-il lire une lettre ou un journal dans une quelconque langue ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	
707	Quel type de travail votre mari fait (faisait)-il principalement ? ENQUET : VOIR LISTE DES PROF.	|__|__| ________________ (PRECISER)	

N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	ENQUETRICE: VOIR 707 TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE ( ) (PASSER A 710) — NE TRAVAILLE PAS ( ) (PASSER A 712) — AUTRE CAS ( ) ↓		
709	Reçoit (recevait-il) un salaire règulier ou mensuel ?	OUI.................... 1 NON.................... 2 NSP.................... 8	>712
710	Est-ce que votre mari/partenaire travaille (travaillait) principalement pour son propre compte ou celui de sa famille ou celui de quelqu'un d'autre?	PROPRE COMPTE.......... 1 POUR FAMILLE........... 2 AUTRE PERSONNE......... 3	
711	Est-ce qu'il travaille (travaillait) principalement pour être payè en espèces ou en nature ?	EN ESPECES............. 1 EN NATURE.............. 2 NSP.................... 8	
712	Avant de vous marier, avez-vous fait un travail regulier?	OUI.................... 1 NON.................... 2	 > 714
713	L'argent que vous avez ainsi gagnè, avez-vous donnè la plus grande partie à votre famille ou avez-vous gardè la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE................ 1 SOI-MEME............... 2 A PART EGALE........... 3	
714	Depuis que vous êtes mariée (pour la première fois), avez-vous travaillè d'une manière règulière?	OUI.................... 1 NON.................... 2	 >716
715	Travaillez-vous actuellement ?	OUI.................... 1 NON.................... 2	>718

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
716	ENQUET : VOIR 501 DEJA MARIEE ( ) V NON A 712 ET 714 ( ) (PASSER A 720) AU MOINS UN OUI A 712 ET 714 ( ) (PASSER A 718)	CELIBATAIRE ( ) V	
717	Aviez-vous déjà travaillé ?	OUI.................. 1 NON.................. 2	 ——>720
718	Quelle est (était) votre prof. principale ? ENQUET : VOIR LISTE DES PROF.	|__|__| (PRECISER)	
719	Comment utilisez-vous l'argent gagné ?	DEPENSE DU MENAGE.......1 TONTINE.................1 FONDS DE COMMERCE.......1 ACHAT DE BIENS PERSON...1 NE GAGNE PAS D'ARGENT...1 EPARGNE.................1	
720	ENQUET : ENREGISTRER LE TEMPS	HEURES..........|__|__| MINUTES.........|__|__|	

SECTION 8: POIDS ET TAILLE

801	ENQUETRICE: VOIR TABLEAU 1. POUR CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JUIN 1985 (C'EST A DIRE AYANT 0 A 36 MOIS), ENREGISTRER LE N° DE LIGNE, LA DATE DE NAISSANCE, LE POIDS ET LA TAILLE.	
	NOM ET PRENOMS ______________ OBSERVATION:	N° DE LIGNE............ |__|__| MOIS/NAISSANCE......... |__|__| ANNEE/NAISS.........19 |__|__| TAILLE EN CM. |__|__|__|. |__| POIDS EN KGR. |__|__|. |__|
	PRENOM ET NOMS______________ OBSERVATION:	N° DE LIGNE............ |__|__| MOIS/NAISSANCE......... |__|__| ANNEE/NAISSANCE......19 |__|__| TAILLE EN CM. |__|__|__|.|__| POIDS EN KGR. |__|__|.|__|
	PRENOM ET NOMS______________ OBSERVATION:	N° DE LIGNE............ |__|__| MOIS/NAISSANCE......... |__|__| ANNEE/NAISSANCE......19 |__|__| TAILLE EN CM. |__|__|__|.|__| POIDS EN KGR. |__|__|. |__|

Personne interviewvèe..

....

....

Questions spècifiques:...

....

....

Autres aspects:...

....

Nom de l'enquêtrice:.............................. Date:....................

....

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR

....

....

....

Contrôleur:...........................Date: ....

....

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR DE BUREAU ET L'AGENT DE SAISIE

....

....

....

....

Contrôleur de bureau: .... Date: ....

Agent de saisie:............................... Date: ....

BIBLIOGRAPHIE

Assogba, L.N.M. 1979. *Le contexte socio-éonomique de la fécondité dans le Sud-Est Togo*. Lomé, Togo: Ecole Supérieure des Techniques Economiques et de Gestion, Université du Bénin.

Assogba, L.N.M. 1981. *Nuptialité et fécondité en milieu rural: cas du Sud-Est Togo*. Yaoundé, Cameroun: Institut de Formation et de Recherches Démographiques.

Assogba, L.N.M. 1983. *Calcul d'un indice de fécondité en vue du tirage du sous échantillon APEL III*. Etudes et Travaux APEL No. 1. Lomé, Togo: Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin.

Assogba, L.N.M. 1985a. *Femme et développement: la scolarisation de la femme comme variable indépendante de la fécondité*. Article préparé pour le séminaire sur la Population et le Développement, Bamako, Mali, Février 11-16, 1985.

Assogba, L.N.M. 1985b. *Echantillonnage: les structures a priori et a posteriori, redressement de l'échantillon APEL II*. Etudes et Travaux No. 4. Lomé, Togo: Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin.

Assogba, L.N.M. 1989. *Statut de la femme et fécondité dans le Golfe du Bénin: statut de la femme par la fécondité ou pour la fécondité?* Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris.

Assogba, L.N.M. et Locoh, T. 1985. *Le marché parallèle de produits contraceptifs et de lutte contre la stérilité: investigation sur les trois grands marchés de Lomé*. Etudes et Travaux APEL No. 5. Lomé, Togo: Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin.

Assogba, L.N.M. et Ocloo, A. 1986. "Mortalité et létalité chez les enfants de 1 à 5 ans hospitalisés au CHU de Lomé en 1982" In *Estimation de la mortalié des jeunes enfants pour garder les actions de santé dans les pays en voie de dévéloppement*, Vol. 145, Lomé, Togo: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Bongaarts, J. 1978. A framework for analysing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review* 4(1):105-132.

Bongaarts, J. 1981. "The impact on fertility of traditional and changing child-spacing practices." In *Child spacing in tropical Africa: traditions and change*. edité par H. Page et R. Lesthaeghe. New York: Academic Press.

Bongaarts, J. 1982. The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(67):179-189.

Bongaarts, J. 1984. Implications of future fertility trends for contraceptive practice. *Population and Development Review* 10(2):341-352.

Bongaarts, J., Frank, O., et Lesthaeghe, R. 1984. The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 10(3):511-537.

Caldwell, J.C. and Caldwell, P. 1987. The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 13(3):409-437.

Dackam Ngatchou, R. 1987. *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*. Paris: Institut Démographique de Paris, Université de Paris I, Sorbonne.

Direction de la Statistique. 1985. *Recensement général de la population (Mars-Avril 1970)*, Ministère du Plan, du Développement Industriel et de la Réforme Administrative, Direction de la Statistique et de l'Information, Document élaboré par la division de démographie et des statistiques sociales. 3 vol., Lomé, Togo.

1. Méthodologie et résultats
2. Résultats détaillés par circonscription, 1975, 662p.
3. Données relatives aux ménages, 1978, 328p.

Direction de la Statistique. 1987. *Comptes provisoires.* Division Synthèse et Recherche Méthodologique. Lomé, Togo.

Direction de la Statistique. 1989. *Analyse du recensement général de la population et de l'habitat de novembre 1981.* Ministère du Plan et de l'Industrie. 4 vol., Lomé, Togo.

1. Données socio-démographiques
2. Données socio-culturelles
3. Activités économiques
4. Mouvements naturels - migrations

Frank, O. 1987. The demand for fertility control in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 18(4):181-201.

Frank, O. et McNicoll, G. 1987. *An interpretation of fertility and population policy in Kenya.* Center for Policy Studies Working Paper No. 131. New York: The Population Council.

Gbetoglo, D. et Janssens, M. 1984. *Opérations de terrain d'une enquête à passages répétés: cas de l'enquête APEL.* Etudes et Travaux APEL No. 3. Lomé,Togo: Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin.

Jain, A.K. et Bongaarts, J. 1981. "Socio-biological factors in exposure to child-bearing: breastfeeding and its fertility effects" In *World Fertility Survey. World Fertility Conference 1980: record of proceedings.* Vol. 2. Voorburg, Netherlands: International Statistical Institute, pp. 255-302.

Janssens, M. 1984. *L'échantillonnage, la recherche d'adresses, l'enquête, les défauts de couverture.* Etudes et Travaux APEL No. 2. Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin.

Janssens, M. 1986a. *Fécondité précoce: comportements des adolescentes.* Communication présentée au séminaire sur les déterminants proches de la fécondité, Lomé, Togo, Décembre 1986.

Janssens, M. 1986b. *Espacement entre naissances et ses déterminants.* Communication présentée au séminaire sur les déterminants proches de la fécondité, Lomé, Togo, Décembre 1986.

Locoh, T. 1976. La nuptialité au Togo: evolution entre 1961 et 1970. *Population* 31:379-398.

Locoh, T. 1985. "La répartition par sexe des enfants hospitalisés à Lomé" In *Estimation de la mortalité des jeunes enfants pour garder les actions de santé dans les pays en voie de dévéloppement,* Vol. 145, Lomé, Togo: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Locoh, T. 1984. *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest: le Togo méridional contemporain.* Institut National d'Etudes Démographiques (INED) Travaux et Documents No. 107. Paris: INED.

Locoh, T. 1988. *Les nouvelles formes d'union à Lomé.* Communication présentée au Séminaire sur la Nuptialité en Afrique au Sud du Sahara: Changement et Impact sur la Fécondité, Paris, Novembre 1988.

Page, H. et Lesthaeghe, R. 1981. *Child spacing in tropical Africa: traditions and change.* London: Academic Press.

Pilon, M. 1988. *Structure and change in the household composition among the Moba-Gourma (Northern Togo).* Presented at the African Population Conference, 1988, 16p.

Service National de la Statistique Sanitaire. 1988. *Statistique sanitaires: 1987.* Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Lomé, Togo.

Vimard P., et Quesnel A. 1982. *Dynamique de la population en économie de plantation - le plateau de Dayes, Togo.* Section de Démographie Document de Travail No. 15. Paris: Office de la Recherche Scientifiques et Technique d'Outre-Mer.